Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 46. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. Bollinger, München. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. M. v. Schleiss, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 17. 24. April 1894. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 46. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. 41. Jahrgang.

Originalien.

Carcinom und Tuberculose.

Von Prof. Dr. *Ribbert* in Zürich.

Es ist nicht häufig, dass an derselben Körperstelle Tuberculose und Carcinom gleichzeitig vorkommen. Nur die Haut macht eine Ausnahme. Denn die Combination von Lupus und Krebs gehört bekanntlich nicht zu den Seltenheiten. Crone[1]) hat vor Kurzem die hierhergehörige Literatur zusammengestellt. Er selbst berichtete über einen Fall von Lupuscarcinom des Kehlkopfes, der dadurch ausgezeichnet war, dass in einem Theil des Geschwüres der carcinomatöse, in den meisten Abschnitten dagegen der tuberculöse Bau vorherrschte. Im Anschluss daran beschrieb Baumgarten[2]) ein Kehlkopfcarcinom combinirt mit den histologischen Erscheinungen der Tuberculose. Hier fanden sich in dem typischen krebsigen Gewebe sehr zahlreiche tuberculöse Knötchen, ja sogar, wenn auch selten, Langhans'sche Riesenzellen mitten in Krebsalveolen. In ähnlicher Weise sah Cordua[3]) typische Tuberkel mit Verkäsung eingelagert zwischen den Alveolen eines Oesophaguscarcinoms. Lubarsch[4]) ferner beobachtete die gleichen Gebilde im Rande eines Krebsgeschwüres des Ileums und Baumgarten führt in seiner eben genannten Mittheilung an, dass er ein Mal auch in einem Mastdarmkrebs typische Tuberkel mit centraler Verkäsung aufgefunden hat. Er erinnert zugleich an Friedländer's Angabe, der in einer aus der Narbe eines Ulcus rodens hervorgegangenen Krebsgeschwulst den gleichen Befund erhob und erwähnte, dass nach mündlicher Mittheilung auch Köster dieselbe Beobachtung gemacht hatte. Letzterer hat seine Befunde in der Mittheilung über locale Tuberculose (Centralbl. für die med. Wiss. 1873, No. 58) nicht verwerthet, aber mir auf meine Anfrage mitgetheilt, dass er auf der Naturforscherversammlung in Wiesbaden 1873 von denselben gesprochen habe, ferner dass er damals in zahlreichen Krebsen der Unterlippe, des Kinnes und der Brustdrüse Tuberkel gefunden hatte und die Tumoren einem Herrn zur genaueren Untersuchung überwies, der aber dieselbe nicht zu Ende führte.

Das dürfte Alles sein, was über die Combination von Krebs und Tuberculose bekannt geworden ist.

Fragen wir nun nach dem Zusammenhang der beiden Processe, so ist die Auffassung eine verschiedene. Bei dem Lupuscarcinom wird man kaum umhin können, der Tuberculose in irgend einer Form eine ursächliche Bedeutung für die Entstehung des Carcinoms zuzusprechen. So sagt denn auch Crone, dass die Tuberculose, als ein irritativer und die Resistenz der befallenen Gewebe herabsetzender Process, bei vorhandener specifischer Disposition zur Carcinombildung letztere gewissermaassen anfache, zum Leben wecke.

Cordua und Baumgarten meinen dagegen, dass in ihren Fällen das Carcinom der primäre, die Tuberculose der secundäre Vorgang gewesen sei. Ersterer ist der Ansicht, dass aus der tuberculösen Lunge auf dem Lymphwege Bacillen in das Oesophaguscarcinom gelangt seien. Auch Köster fasst die Tuberculose als secundär auf.

Nun kann man gewiss nicht in Abrede stellen, dass ein Krebs nachträglich noch tuberculös inficirt werden kann, aber wenn man sieht, dass sich das Lupuscarcinom zweifellos erst secundär auf tuberculöser Basis entwickelt, so liegt doch die Frage nahe, ob dieser Zusammenhang nicht auch sonst vorkommt. Strenge beweisen lässt sich ja die primäre Natur des Krebses auch in den Fällen von Cordua und Baumgarten nicht. Des letzteren Beobachtung würde sich freilich am besten so deuten lassen, da zunächst ein Papillom, dann nach Jahren ein Carcinom, darauf ein Mal ein tuberculöses Gewebe, endlich jene aus Carcinom und Tuberculose zusammengesetzte Neubildung exstirpirt wurde.

Die Frage nach dem causalen Zusammenhang beider Processe glaube ich nun aber hier nochmals mit Rücksicht auf diejenigen Befunde aufwerfen zu sollen, über welche ich in meinen Beiträgen zur Histogenese des Carcinoms berichtet habe[5]). Ich werde dieselben zunächst in Kürze referiren. Bei mehreren ganz im Beginne befindlichen Hautcarcinomen habe ich nachweisen können, dass sich unter dem Epithel zunächst eine zusammenhängende Lage eines zell- und gefässreichen Bindegewebes bildet, welche sich gegen die tieferen Hautschichten deutlich absetzt. In dieses junge Gewebe ragen die verlängerten Zapfen resp. Leisten der Epidermis hinein, aber sie überschreiten nach abwärts vorerst nicht das normale Niveau. Daraus geht im Verein mit anderen Momenten hervor, dass nicht sowohl ein Tiefenwachsthum des Epithels, als vielmehr, wie ich es auch für andere nicht carcinomatöse Objecte annehme, ein Höhenwachsthum des Bindegewebes mit Verlängerung der Papillen stattgefunden hat. Bis dahin ist also noch keine krebsige Structur vorhanden. Die Entwickelung des Carcinoms kommt nun nicht durch continuirliches Vordringen des Epithels in das Bindegewebe zu Stande. Es ist meiner Meinung nach nicht einzusehen, wesshalb das Epithel, auch wenn es eine grössere Proliferationskraft als unter normalen Verhältnissen besässe, in die Tiefe dringen, d. h., also sein Wachsthum umkehren sollte. Denn in der Norm schieben sich ja die Epithelien beständig nach aufwärts, um aussen zu verhornen und abgestossen zu werden. Ein Hineinwachsen in das Bindegewebe wird nur bei solchen Epithelzellen stattfinden, die aus dem Zusammenhang mit der übrigen Epidermis getrennt wurden und so ihr normales nach oben gerichtetes Wachsthum nicht mehr bethätigen können. Nun kommt aber, wie ich beschrieben habe, eine solche Trennung dadurch zu Stande, dass Bindegewebszellen, wie wir es bei Leukocyten und Chromatophoren der normalen Haut sehen, zwischen die Epithelien vordringen, sie auseinanderdrängen und isoliren. Lie-

[1]) Arbeiten aus dem pathologischen Institut zu Tübingen. Bd. II. H. 1, p. 144.
[2]) ib. p. 163.
[3]) Arbeiten aus dem pathologischen Institut zu Göttingen. 1893.
[4]) Virchow's Archiv, Bd. 111, S. 280.
[5]) Virchow's Archiv, Bd. 135.

gen diese dann für sich in dem Granulationsgewebe, so werden sie, da sie schon in der Norm beständig Vermehrungsprocesse zeigen und nun wahrscheinlich in dem gefässreichen Bindegewebe noch unter bessere Ernährungsverhältnisse als sonst gerathen, sich weiter vermehren, Haufen, Alveolen bilden und dann auch weiter in die Tiefe vordringen. Wegen aller hier in Betracht kommenden Einzelheiten verweise ich auf meine Abhandlung.

Betrachten wir nun unter diesen Gesichtspunkten das Lupuscarcinom. Seine Entwickelung erfolgt auf der Basis eines chronisch-entzündlichen, durch Tuberkelbacillen hervorgerufenen Processes der Haut. Wir haben hier auch zunächst eine subepitheliale Granulationsschicht und häufig eine Verlängerung der Epithelleisten, die mir aber ebenfalls nicht auf einem Abwärtswachsen derselben, sondern auf einem Höhenwachsthum des Granulationsgewebes zu beruhen scheint. Gelangt aber das Epithel in grössere, unter dem normalen Niveau liegende Tiefen, so ist damit der carcinomatöse Charakter gegeben, es sei denn, dass etwa eine epitheliale Auskleidung tiefgehender Spalten und Risse der Haut vorliegt. Nun habe ich freilich kein beginnendes Lupuscarcinom untersuchen können, aber es ist mir durchaus wahrscheinlich, dass auch bei ihm wie bei den von mir beschriebenen Hautkrebsen das Vordringen des Epithels auf die eben besprochene Weise unter Vermittlung einer Abtrennung von Epithelien durch Bindegewebszellen erfolgt. Man wird freilich nicht erwarten dürfen, an jedem Objecte geeignete Bilder zu erhalten. Denn trifft man zu frühe Stadien, so hat das Eindringen der Bindesubstanz in das Epithel noch nicht begonnen und untersucht man ausgebildete Krebse, so kann die Erscheinung bereits vorüber sein. Auch ist zu beachten, dass sie nicht an jedem Zapfen, an jeder Leiste nachzuweisen sein muss.

Wenn man nun aber die von mir angenommene Genese des Krebses auf das Lupuscarcinom ausdehnen darf, so wird man sich auch leicht vorstellen können, dass in anderen Fällen von Combination beider Processe die Tuberculose ebenfalls die Grundlage für die Krebsentwickelung abgegeben habe, ja es könnte das bei ausgebildeten Krebsen auch dann noch möglich sein, wenn die Tuberkel nur sehr gering an Zahl wären oder ganz fehlten, da es wohl denkbar ist, dass das Carcinom die Tuberculose überwuchert.

Eine Entscheidung dieser Frage wird nur durch ausgedehnte Beobachtung, besonders bei beginnenden Carcinomen, herbeigeführt werden können. Nur so würde die Berechtigung des Einwandes klar gestellt werden können, dass es sich nur um ein zufälliges, an sich gewiss mögliches und für manche Fälle wohl festzuhaltendes Zusammentreffen und nicht um ein causales Verhältniss handle.

Bei meinen Untersuchungen über die Histogenese des Carcinoms war mir nun mehrere Male die Gegenwart von Riesenzellen im Bindegewebe aufgefallen. Später habe ich dann diesem Befunde mehr Aufmerksamkeit geschenkt und zahlreiche Carcinome eingehend auf das Verhalten der Bindesubstanz untersucht. Dabei gelang es mir denn auch in mehreren anderen Fällen Riesenzellen nachzuweisen. Ich gebe zunächst eine Uebersicht meiner Beobachtungen:

I. Carcinom des Rachens. Von dem flachen, ulcerirten Tumor wurden kleine Stückchen in Flemming'scher Lösung conservirt, nach Herstellung der mikroskopischen Präparate aber nicht weiter aufgehoben. Ich besitze noch 4 nicht aufeinanderfolgende Schnitte. In allen sind neben der typischen Structur eines Plattenepithelkrebses Riesenzellen aufzufinden.

In dem ersten Schnitt bemerkt man in einiger Entfernung von den Krebsalveolen in der Mitte eines mässig zellig infiltrirten bindegewebigen Bezirkes, der gegen die Umgebung nicht scharf begrenzt ist, 2 Riesenzellen. Sie liegen nebeneinander und zeigen ausgesprochene Randstellung der Kerne.

Der zweite Schnitt enthält eine Gruppe von 20—30 Riesenzellen verschiedener Grösse und Form. Sie sind eingebettet in ein kleinzellig infiltrirtes Gewebe, welches sich gegen die faserreichere Nachbarschaft in Gestalt eines Knötchens deutlich absetzt. Die meisten sind rundlich, manche mit zackigen Ausläufern versehen, die grössten bieten deutliche periphere Kernanordnung. Zwischen den Riesenzellen liegt ein grösserer Haufe von Epithelien und zwei kleinere, an welche sich einzelne jener Zellen anlegen. In einiger Entfernung von dieser grossen Gruppe befindet sich in zelliger Infiltration eine sehr schön entwickelte Riesenzelle mit langen Ausläufern, die sich zwischen den Rundzellen verlieren.

Der dritte Schnitt stammt offenbar aus der Nähe des zweiten. Seine Structur ist besonders klar. Auch in ihm sieht man ein grosses Convolut von Riesenzellen, die zum Theil mit zahlreichen ausstrahlenden Fortsätzen versehen sind. Die umfangreichste ist kolbig geformt und nimmt mit ihrem Längsdurchmesser etwa zwei Drittel des Gesichtsfeldes bei starker Vergrösserung ein. Die Riesenzellen liegen in einem knötchenförmig abgegrenzten, zellig infiltrirten Bezirk, in welchem aber ausser ihnen auch noch Epithel vorhanden ist. Neben dem Kolben der grössten Zelle ist eine kleine Gruppe verhornter Epithelzellen sichtbar, in ihm ein einzelner homogener Körper, der einer degenerirten Epithelzelle ähnlich ist, wie man sie im Inneren von Krebsalveolen so oft antrifft. In einer anderen Riesenzelle sind 3 zusammenliegende homogene, aber noch mit färbbaren Kernen versehene Epithelien eingeschlossen, vom Rande der Zelle noch durch einen feinen Protoplasmasaum getrennt. Die übrigen mehrkernigen Gebilde zeigen keine Beziehung zu Epithelien.

Der vierte Schnitt weist an 2 Stellen Riesenzellen auf. Erstens liegt in einem ziemlich scharf begrenzten zelligen Knötchen und zwar in der Peripherie desselben eine rundliche vielkernige Zelle ohne Ausläufer. Zweitens findet sich an einer anderen Stelle, einer epithelialen Alveole fast unmittelbar anliegend, eine Riesenzelle, die im Uebrigen von zellig infiltrirtem Bindegewebe umgeben wird.

II. Carcinom des Penis. Der mir vorliegende Schnitt stammt aus der Randpartie des grossen, ulcerirten Tumors. Die Entwicklung des Carcinoms ist hier noch nicht sehr weit vorgeschritten. Es zeigt papilläre Erhebungen und tiefgreifende Epithelzapfen, während der Bau in den mittleren Theilen der Geschwulst deutlich alveolär war.

In dem Schnitt tritt uns subepitheliale fleckige zellige Infiltration entgegen. In einem nicht scharf abgesetzten unregelmässigen zelligen Herdchen bemerkt man sechs typische Riesenzellen verschiedener Grösse und Gestalt. Ihre Kerne sind ausgesprochen randständig.

III. Carcinom der Unterlippe. Diese Geschwulst wurde von mir in meiner Arbeit über die Histogenese des Carcinoms genauer beschrieben. Es handelt sich um ein beginnendes Carcinom, welches aber doch schon einzelne Alveolen im Bindegewebe aufweist. Ich habe inzwischen die zahlreichen Schnitte mit Rücksicht auf die uns interessirende Frage nochmals genau untersucht und in einem derselben Riesenzellen aufgefunden. Ein über das Gesichtsfeld bei starker Vergrösserung hinausragender ovaler Herd dichter zelliger Infiltration zeigt an einem Ende kleine Gruppen von Epithelzellen. Am anderen Ende findet sich eine durch besonders dichte Zellanhäufung knötchenähnlich begrenzte Stelle, in welcher 5—6 verschieden grosse Riesenzellen liegen, die zum Theil Ausläufer haben und alle mit randständigen Kernen versehen sind.

IV. Carcinom der Lippe. Von einem in Alkohol aufbewahrten flachen, noch sehr wenig vorgeschrittenen Carcinom der Unterlippe habe ich eine grössere Anzahl von Schnitten durchsucht und in zweien derselben positive Befunde erhoben. Unter dem Oberflächenepithel zieht sich eine breite Zone zelliger Infiltration hin und die in dieselbe hineinragenden Epithelzapfen zeigen die gegenseitige Durchdringung von Epithel- und Bindegewebszellen. In weiterer Tiefe sieht man viele kleinere und grössere Herde zelliger Infiltration. In einem derselben ist bereits Epithel nachweisbar. In einem anderen beobachtet man in zwei aufeinanderfolgenden Schnitten je 6 typische, zum Theil mit Ausläufern versehene Riesenzellen.

V. Beginnendes Carcinom der Unterlippe. Aeltere Präparate aus meiner Sammlung. Die Schnitte wurden, obgleich sie die von mir geschilderten Beziehungen des Bindegewebes zum Epithel gleichfalls erkennen lassen, in meiner Arbeit nicht herangezogen, weil sie ungenügend gefärbt und in Alkohol gehärtet waren. In der Mitte derselben zellige Infiltration, die vielfach fleckig auftritt. Hier bemerkt man in einem zelligen Herde mehrerer Schnitte einzelne typische Riesenzellen ohne Ausläufer.

VI. Carcinom der Unterlippe. Das einzige mir vorliegende mikroskopische Präparat stammt aus der Sammlung des hiesigen Institutes. Es handelt sich um einen ausgebildeten Plattenepithelkrebs. In der Tiefe liegt eine Knäueldrüse mit dichter zelliger Infiltration des Bindegewebes. In letzterem an einem Rande der Drüsengruppe zwei gut ausgeprägte Riesenzellen.

VII. Beginnendes Carcinom der Unterlippe. Es ist dies dasselbe Object, von welchem die Figur 1 meiner mehrfach erwähnten Arbeit herrührt. In den damals untersuchten Schnitten ist von Riesenzellen nichts zu sehen. Nachträglich aber habe ich in zwei anderen Präparaten sehr schön entwickelte Riesenzellen gefunden, die sich durch beträchtliche Grösse, sehr deutliche Randstellung der Kerne, zahlreiche Ausläufer und vielfach auch durch Einlagerung in ein reticulär gebautes, zellreiches Knötchen auszeichneten. Sie lagen in der scharf abgesetzten neugebildeten zelligen Schicht in einiger Entfernung von dem Epithel. In keinem anderen Object tritt die Structur tuberculösen Gewebes so ausgesprochen hervor wie in diesem. Zugleich aber ist hier auch die unregelmässige Verlängerung der Epithelleisten noch deutlicher als in den zuerst untersuchten Schnitten. Es finden sich verzweigte, kolbige, nur durch einen dünnen Epithelzug mit der Epidermis zusammenhängende Zapfen und an einer Stelle zwei isolirte, aber doch wohl nur durch das Messer ab-

getrennte Alveolen. An mehreren Epithelleisten macht sich die Verwischung der Grenze von Epithel und Bindegewebe bemerkbar.

VIII. Flaches, etwa bohnengrosses Carcinom der Unterlippe. In dem einzigen Schnitt, den ich von diesem Tumor besitze, ist das Carcinom bis zur Bildung zahlreicher, zum Theil mit Cancroidperlen versehener Alveolen vorgeschritten, die durch ein zellig infiltrirtes, stellenweise sehr breites Bindegewebe von einander getrennt werden. In diesem, mitten zwischen den dichtgedrängten Zellen findet sich an 3 Stellen je eine gut entwickelte kernreiche Riesenzelle. Die eine liegt nahe der Obfläche, die beiden anderen in der Tiefe.

IX. Wenig vorgeschrittenes Carciom des Zahnfleisches. Es ist nur ein aus der Sammlung des hiesigen Institutes herrührendes mikroskopisches Präparat vorhanden. Das Oberflächenepithel und das darunter liegende zellreiche Bindegewebe bieten die besprochenen gegenseitigen Beziehungen. In der Tiefe neben einer der wenigen Krebsalveolen liegen in zellig infiltrirtem Gewebe drei typische grosse Riesenzellen.

K. Carcinom des unteren Augenlides. In den Schnitten findet sich central eine Gruppe von Krebsalveolen, ringsherum liegen zahlreiche kleinere und grössere zellige Knötchen, die gut abgegrenzt sind. Eines darunter zeigt ganz das Aussehen eines Tuberkels. Central findet sich eine wenig klare und eine völlig gut ausgeprägte Riesenzelle mit Ausläufern und Randstellung der Kerne.

XI. Carcinom der Zunge. Die Geschwulst ist tief in die Musculatur vorgedrungen. Es sind hier grosse, durch eine Zone zelliger Infiltration von der Umgebung abgegrenzte Gruppen, mit Hornperlen versehener Alveolen vorhanden. In dem zellreichen Bindegewebe der Peripherie zweier Alveolenhaufen sieht man viele Riesenzellen, welche dicht neben einander oder in einiger Entfernung von einander in einer bogenförmig verlaufenden Linie angeordnet sind. In einem Schnitte zählte ich deren an einer Stelle ca. 12, an einer anderen 8. Sie zeigen verschiedene Grösse, einzelne kommen den grössten Zellen gleich, die man in Tuberkeln findet, andere sind erheblich kleiner. Die Zahl der Kerne ist eine aussergewöhnlich beträchtliche. Sie sind randständig, aber zuweilen so dicht aneinander gedrängt, dass man die einzelnen kaum erkennen kann. Die Form der Riesenzellen ist im Allgemeinen eine rundliche, jedoch kommen auch vielgestaltige vor. Dagegen vermisste ich durchschnittlich deutliche Ausläufer. Eine knötchenförmige Anordnung des umgebenden zellreichen Gewebes ist nicht wahrnehmbar. In einer Riesenzelle traf ich eine Vacuole mit nadelförmigen, krystallähnlichen, nicht weiter diagnosticirbaren Einschlüssen, in einer anderen einen kleinen homogenen rundlichen Körper, vielleicht eine degenerirte Zelle. Die Riesenzellen liegen in einiger Entfernung von dem Epithel, so dass keine nachweisbare Beziehung zwischen beiden besteht.

Die beschriebenen Befunde veranlassen uns nun zunächst zur Erörterung der Frage nach der Natur der Riesenzellen. Wäre es mir möglich gewesen, Tuberkelbacillen nachzuweisen, so wäre die Frage ohne Weiteres erledigt. Aber nach dieser Richtung kann ich nicht über positive Ergebnisse berichten und zwar wohl allein desshalb, weil mir ein ausreichendes Material fehlte. Die meisten Fälle kamen erst zur Untersuchung, als ich nur noch wenige Schnitte besass, die makroskopischen Präparate aber bereits beseitigt hatte. Von drei Objecten stand überhaupt nur je ein in Canadabalsam eingeschlossener Schnitt zur Verfügung. In anderen Fällen waren die riesenzellenhaltigen Knötchen so spärlich, dass ihre Auffindung Mühe machte und ihre Zahl nicht hinreichte um Bacillenuntersuchungen erfolgreich durchzuführen. So färbte ich im Ganzen nur zwei Schnitte mit etwa 10 Riesenzellen auf Bacillen, aber ohne Resultat. Ich kann mich daher nur auf die anatomischen Anhaltspunkte stützen. In der gleichen Lage befand sich Baumgarten, der desshalb ebenfalls genöthigt war zu überlegen, ob die Riesenzellen nicht auf Grund anderer ätiologischer Momente entstanden sein könnten. Denn die vielkernige Zelle für sich ist ja nicht charakteristisch. Baumgarten hebt hervor, dass Riesenzellen auch durch Leprabacillen, den Actinomyces, vielleicht auch Syphilismikroben, einige thierische Parasiten und nicht parasitäre Fremdkörper verschiedener Art hervorgerufen werden. Kann man alle diese Momente ausschliessen, so wird man allerdings dahin gedrängt, Tuberculose anzunehmen, wie es denn auch Baumgarten in seinem Falle thut. Aber dort waren eben die Riesenzellen nicht nur sehr zahlreich, sondern auch eingelagert in wohl entwickelte knötchenförmige Bildungen, so dass der anatomische Bau mit aller Bestimmtheit für Tuberculose sprach. Es wird daher gewiss Baumgarten's Diagnose nicht in Frage gestellt werden können.

Nicht ganz so leicht sind unsere Fälle zu deuten. Für sie aber ist zunächst noch eine auch von Baumgarten berührte Frage zu erörtern, ob nämlich nicht die Krebsepithelien als riesenzellenerzeugende Fremdkörper zu wirken vermöchten. Baumgarten verneint dies, da bisher in der Literatur nichts davon bekannt sei, dass sich Riesenzellen um Krebsnester als Ausdruck reactiver Wucherung entwickelten. Aber man könnte nun vielleicht in meinen Beobachtungen den Beweis für das Vorkommen solcher Vorgänge sehen wollen und hierin durch die Befunde des Falles 1 bestärkt werden, in welchem im Innern von Riesenzellen degenerirende Epithelien gefunden wurden. Indessen zeigten ja nur einzelne Zellen diese Einschlüsse, während die übrigen frei davon waren. Zudem hat es gewiss keine Schwierigkeit anzunehmen, dass in den Bereich der Riesenzellen gelangte Epithelien von ihrem Protoplasma aufgenommen werden. Aber trotzdem möchte ich die Möglichkeit nicht bestreiten, dass sich um Epithelzellen, welche in die Tiefe des Coriums vorgedrungen sind und dort aus irgend einem Grunde absterben, Riesenzellen bilden können, zumal wenn etwa dem Untergang der Zelle eine Verhornung vorausging. Häufig dürfte ein solcher Vorgang aber nicht sein, denn in den übrigen Präparaten boten die Riesenzellen durchaus keine Beziehung zum Epithel, lagen vielmehr stets in einiger Entfernung von den Alveolen. Ihre Bildung kann daher in allen diesen Fällen ebensowenig wie bei Baumgarten durch die krebsige Epithelwucherung bedingt sein.

Ausser der eben besprochenen Möglichkeit ist nun aber noch ein anderer Umstand zu erörtern. Ich habe an zwei Carcinomen, die beide von dem Augenlide stammten, zahlreiche Riesenzellen in einer eigenthümlichen Anordnung angetroffen. Es ist zunächst nöthig, den histologischen Befund kurz zu schildern.

Das erste Carcinom, etwa von der Grösse einer halben Erbse, zeigt durchaus typischen alveolären Bau. In etwa 15—20 aufeinanderfolgenden Schnitten lassen sich an einer und derselben Stelle neben den am tiefsten in das Bindegewebe vorgedrungenen Alveolen helle rundliche oder länglich ovale Räume nachweisen, in manchen Schnitten nur einer, in den meisten zwei oder drei, die durch schmale bindegewebige Septa voneinander getrennt werden. Sie sind grösser als die Durchschnitte benachbarter Talgdrüsen und übertreffen sie oft um das Vielfache. Ihr Inhalt ist eine durchscheinende homogene oder unregelmässig streifige Masse, die am Rande, wenn auch nicht ringsherum in eine radiär angeordnete dunklere Zone übergeht, die aus Krystallen, ähnlich den Fettsäurenadeln zusammengesetzt erscheint. Daran schliesst sich nun nicht ohne Weiteres das Bindegewebe, sondern zwischen beide schieben sich sehr zahlreiche Riesenzellen ein, welche entweder an einander grenzen oder Zwischenräume zwischen sich lassen, meist eine längliche oder langgestreckte, der Wand der Räume parallele, selten eine rundliche Gestalt haben, glatt oder zackig begrenzt sind und eine ausgesprochene Randstellung ihrer nach allen Seiten gleich zahlreichen Kerne erkennen lassen. Sie liegen meist nur in einer einfachen Reihe, jedoch finden sich auch zwei und mehrere über einander gelagert. Sie stossen direct an das Bindegewebe, welches circulär gestreift erscheint und im Allgemeinen scharf, an einzelnen zellig infiltrirten Stellen aber weniger deutlich begrenzt ist. Hier schieben sich dann Riesenzellen und Rundzellen etwas in einander. Die so kurz geschilderten Räume können nur modificirte, erweiterte und mit eingedicktem Secret versehene Drüsenacini sein. Dafür spricht die Nachbarschaft normaler und theilweise auch schon dilatirter Drüsen, die circuläre Anordnung des Bindegewebes, besonders aber der Umstand, dass man ausser den Riesenzellen und zwar in den Zwischenräumen derselben auch einkernige, epithelähnliche, aber etwas unregelmässig angeordnete Zellen dem Bindegewebe aufsitzen sieht.

Die Verhältnisse des zweiten eben erst beginnenden Carcinomes, welches ich wie das erste Herrn Collegen Haab verdanke, sind analog denen des ersten. Jedoch finden sich manche Unterschiede. Auch hier haben wir es mit länglichen und runden Räumen zu thun, aber ihre bindegewebige Begrenzung ist kaum irgendwo scharf, sondern meist undeutlich: Riesenzellen und zellig infiltrirtes Bindegewebe schieben sich in einander. Die ersteren zeigen dieselben Eigenthümlichkeiten wie dort, sind aber viel zahlreicher und fast immer über einander geschichtet, so dass sie kleinere Räume ganz ausfüllen und in den grösseren nur ein geringeres Lumen für einen ähnlichen Inhalt frei lassen. Es liegen durchschnittlich 2—4 Räume in der Nähe normaler Drüsen zusammen. Ich möchte auch hier, wegen der Aehnlichkeit der Befunde mit denen des vorigen Präparates, die riesenzellenhaltigen Gebilde für umgewandelte Drüsenacini halten. Wenn man den Vergleich nicht hätte, würde man hier freilich an diese Erklärung nicht so leicht denken.

In beiden Fällen constatirten wir demnach ein ausserordentlich reichliches Vorkommen von Riesenzellen, die nach

ihrem ganzen Verhalten durchaus denen der Tuberculose entsprechen. Ich möchte auch, trotzdem es mir nicht gelungen ist, Bacillen nachweisen und trotzdem der knötchenförmige Bau fehlt, die tuberculöse Natur nicht ohne Weiteres in Frage stellen. Denn man darf ja daran denken, dass es sich um eine vom Drüsenlumen ausgehende Infection handelt, bei welcher es zur Entwicklung zahlreicher, wahrscheinlich durch Umwandlung von Epithelien entstandener Riesenzellen auf der Innenfläche der dilatirten Acini handelt. Aber ich glaube diese Befunde allerdings nicht in gleichem Sinne verwerthen zu können, wie in den ersten 11 Fällen. Denn man muss die Möglichkeit im Auge behalten, dass die Ansammlung und Modification eines als Fremdkörper wirkenden Secretes die Riesenzellenbildung veranlasste.

In den obigen 11 Fällen dagegen kann angesichts des gesammten histologischen Verhaltens die eben erörterte Genese nicht in Betracht kommen. Ebensowenig aber auch, höchstens mit Ausnahme des ersten Präparates, die zuerst besprochene Möglichkeit. So bleibt uns also nur die Tuberculose übrig. Dafür spricht der in den meisten Fällen deutlich nachweisbare knötchenförmige Bau des riesenzellenhaltigen Gewebes. Gerade darin liegt ein besonders wichtiges Charakteristicum der Tuberculose. Wenn diese Structur an manchen Präparaten fehlt, so beweist das nichts, da es ja auch bei unzweifelhafter Tuberculose nicht selten vorkommt. Die geringe Zahl der Riesenzellen lässt sich aber natürlich nicht gegen ihre tuberculöse Natur verwerthen. Meine Beobachtungen bilden daher eine Bestätigung der Angaben Köster's über das Vorkommen von Tuberkeln in Carcinomen.

Ist aber diese Auffassung richtig, so erhebt sich wiederum die Frage, in welchem Verhältniss der carcinomatöse und der tuberculöse Process zu einander stehen. Wir haben zu entscheiden, ob jener oder dieser der primäre ist. Betrachtet man die Tuberkelbildung, als das secundäre, so kann man sich denken, dass die Bacillen entweder aus dem übrigen Körper oder aus der Aussenwelt in die carcinomatöse Stelle hineingelangten. Ersteres ist gewiss möglich und von Cordua in seinem Falle angenommen worden. Für unsere Beobachtungen müssten wir uns etwa vorstellen, dass mit dem Blutstrom kreisende Bacillen sich in dem Krebs als dem locus minoris resistentiae festsetzten. Leider weiss ich nichts darüber, ob bei den betreffenden Patienten anderweitige Tuberculose bestand. Der andere Modus, das Eindringen aus der Aussenwelt, dürfte wohl weniger in Betracht gezogen werden.

Man kann nun aber auch die Tuberculose als das primäre ansehen. Die spärliche Entwicklung von Riesenzellen in den vorgeschrittenen Carcinomen wird man nicht dagegen anführen können, da der Krebs sehr wohl die Oberhand gewonnen und die Tuberculose verdrängt haben kann. Für jene Auffassung spricht, wie mir scheint, der Umstand, dass ich in zwei Fällen (V und VII) in Carcinomen, die noch im Beginn der Entwicklung standen, bereits das tuberculöse Granulationsgewebe und zwar in dem einen Falle besonders deutlich entwickelt antraf. In beiden war dann auch die durch Eindringen bindegewebiger Elemente bedingte Verwischung der Grenze einzelner Zapfen gegen das Bindegewebe gut erkennbar.

Diese Vorstellung, dass das Carcinom meist secundär entstanden ist, lässt sich, glaube ich, ebenso gut annehmen, wie die andere. Dürfen wir sie aber als die richtige ansehen, so hätten wir dasselbe Verhältniss wie bei dem Lupuscarcinom d. h. also zum Mindesten eine Begünstigung der Carcinomentwicklung durch die primäre Tuberculose. Ich stelle mir aber auch hier vor, dass die Bildung des subepithelialen zellreichen Gewebes in der geschilderten Weise zur Entstehung eines Krebses führt.

Mit diesen Anschauungen steht der Umstand sehr wohl im Einklang, dass wir auch epitheliale Neubildungen nicht carcinomatöser Natur finden, die auf Tuberculose bezogen werden müssen. Ich kann dafür 2 Beispiele anführen.

Das erste betrifft eine stecknadelkopfgrosse, papilläre Warze des Larynx, die wegen Carcinomverdacht exstirpirt wurde. Sie erwies sich zusammengesetzt aus einem centralen bindegewebigen Abschnitt, einem davon ausgehenden verlängerten Papillarkörper und einem erheblich verdickten epithelialen Ueberzug ohne jede Spur einer carcinomatösen Tiefenwucherung. Die Grenze der Zapfen gegen das Bindegewebe war demgemäss überall eine scharfe. In mehreren auf einander folgenden Schnitten traf ich nun in der Nähe des Epithels den Durchschnitt eines typischen Tuberkels. Er setzte sich zusammen aus einer trüben kernlosen, offenbar verkästen Stelle und einem breiten Saum zelliger Infiltration, die sich wieder in kleine Knötchen abgrenzte. In mehreren derselben fand sich je eine typische Riesenzelle.

Das zweite Präparat ist ein dünngestielter kleinerbsengrosser Polyp der Caruncula lacrymalis eines ca. 40jährigen Mannes. Schnitte desselben wurden mir von Herrn Dr. Lang, Assistenzarzt der Universitätsaugenklinik zur Diagnose vorgelegt. Ich fand eine erheblich verdickte Epidermis, einen feinverzweigten Papillarkörper und ein das Centrum des Tumors einnehmendes fleckig zellig infiltrirtes Bindegewebe. Nirgendwo bestanden Anzeichen einer carcinomatösen Umwandlung. Wäre ich nun nicht gerade mit dem Gegenstande dieses Aufsatzes beschäftigt gewesen, so würde ich wohl kaum daran gedacht haben, mir das Bindegewebe auf die Gegenwart besonderer Structurelemente anzusehen. So aber wandte ich den knötchenförmigen Zellenfiltrationen meine Aufmerksamkeit zu und entdeckte in vielen derselben wohl entwickelte Riesenzellen, die ich in Abwesenheit eines anderen ätiologischen Moments auf Tuberculose beziehe.

In beiden Objecten haben wir es also mit einer bindegewebig-epithelialen Neubildung tuberculösen Charakters zu thun. Es fehlte noch jeder Verdacht einer carcinomatösen Umwandlung. Ich halte es aber für möglich, dass bei weiterer Fortexistenz der Tumoren die sich ausdehnende subepitheliale Wucherung in der von mir beschriebenen Weise zur Entstehung von Carcinomen geführt haben könnte. Es ist ja genügend bekannt, dass gutartig aussehende epitheliale Neubildungen nicht selten carcinomatös werden.

Man wird nun aber der vorgetragenen Anschauung, welche annimmt, dass primäre tuberculöse Processe, auch abgesehen von dem Lupus, die Grundlage für ein Carcinom werden können, entgegenhalten, warum denn tuberculöse Individuen nicht viel häufiger an Carcinom erkranken. Der Grund dürfte darin zu suchen sein, dass bei solchen Menschen, die zu Tuberculose disponirt sind, die Bacillen vorwiegend rasch verlaufende, ulcerirende, verkäsende, weniger dagegen chronische Processe erzeugen, die bei meiner Ansicht von der Genese des Krebses vorausgesetzt werden müssen. Der Lupus ist eine solche chronisch verlaufende Tuberculose und man kann sich denken, dass gerade diejenigen Individuen, welche gegen die Infection wenig empfänglich sind, auf das Eindringen der Bacillen mit chronisch granulirenden, subepithelialen Entzündungen antworten. Diese Auffassung würde sich mit unseren Kenntnissen über das Vorkommen des Carcinoms bei Tuberculösen wohl vereinigen.

Das Resultat meiner Beobachtungen möchte ich folgendermaassen formuliren: Die bisher über die Beziehung von Tuberculose, besonders Lupus und Carcinom bekannten und die von mir erwähnten Thatsachen lassen es mir möglich erscheinen, dass die Tuberculose in einem Theile der Fälle von Carcinom dasjenige Agens ist, welches die von mir beschriebene und als grundlegend für die Entstehung des Krebses bezeichnete subepitheliale Bindegewebswucherung erzeugt. In anderen Fällen kommen andere entzündungserregende Ursachen in Betracht.

Aus der medicinischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses zu Nürnberg.

Ueber die therapeutische Wirkung des Malakins.[1])

Von Dr. *Ferdinand Merkel.*

Unter dem Namen „Malakin" hat die Gesellschaft für chemische Industrie in Basel ein Präparat in den Handel gebracht, welches nach einem Gutachten von Immermann als Antipyreticum, Antirheumaticum und Anodynum zu empfehlen ist. Von Dr. A. Jaquet ist im Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte" eine Arbeit erschienen „Ueber die pharmakologische und therapeutische Wirkung des Malakins", in welcher die

[1]) Vortrag, gehalten am 1. März 1894 in der Sitzung des ärztlichen Localvereins Nürnberg.

Versuche mitgetheilt werden, welche an der medicinischen Klinik zu Basel mit dem Mittel angestellt wurden. Danach ist das Malakin ein Salicylderivat des p. Phenetidin, welches durch die Verbindung von p. Phenetidin mit Salicylaldehyd unter Wasseraustritt entsteht. Das Präparat ist mit dem Phenacetin ziemlich nahe verwandt. Es bildet kleine, hellgelbe, feine Nädelchen, die bei 92° C. schmelzen; es ist unlöslich in Wasser, schwer löslich in kaltem, ziemlich in heissem Alkohol. Ganz schwache Mineralsäuren (auch der Magensaft) zersetzen die Substanz unter Bildung von Salicylaldehyd und p. Phenetidin. Das Malakin enthält ungefähr 50 Proc. Salicylaldehyd, so dass 4 g Malakin etwas mehr als 2 g Salicylsäure repräsentiren. Salicylaldehyd wird nach den Versuchen von Schmiedeberg in den Geweben in Salicylsäure umgewandelt, eine Thatsache, die sich aus dem Auftreten der Eisenchloridreaction im Harne schliessen lässt. Es kommen demnach die Eigenschaften der Salicylsäure im Malakin gewissermassen in statu nascendi zur Entfaltung und es ist hiemit vielleicht die milde Wirkung des Mittels begründet.

Nach den Erfahrungen, welche an der Baseler Klinik mit Malakin gemacht wurden — es wurden im Ganzen 74 Kranke mit 800 g Malakin behandelt — fasst Jaquet die Indicationen zur Verwendung des Präparats zusammen wie folgt:

1) Das Malakin ist ein angenehmes und sicher wirkendes Mittel bei acutem Gelenkrheumatismus, welches den grossen Vorzug hat, frei von Nebenwirkungen zu sein, und demnach statt der Salicylpräparate bei empfindlichen Patienten (Frauen und Kindern) und in den Fällen, wo Idiosynkrasie gegen Salicylsäure besteht, verwendet zu werden verdient.

2) Als Antipyreticum wirkt das Malakin langsam und milde, ohne beunruhigende Erscheinungen als Folge der Darreichung hervorzurufen, so dass es sehr gut bei abgeschwächten Patienten und bei Kranken mit schlechtem, mangelhaft reagirendem Kreislaufsapparate angewendet werden kann.

3) Bei Neuralgien, habituellen Kopfschmerzen etc. kann es, ohne den Magen zu schädigen, längere Zeit gegeben werden.

Am Nürnberger Krankenhause wurden in 18 Fällen über 300 g Malakin gegeben. Es handelte sich 2 mal um Typhus abdominalis, 1 mal um neuralgisch-rheumatische Schmerzen bei einer Erkrankung des Blinddarms, 15 mal gab mehr oder weniger ausgesprochener Gelenkrheumatismus Veranlassung zur Darreichung des Mittels; unter diesen 15 Fällen bestand 6 mal eine Endocarditis mit verschieden schweren Erscheinungen.

Die Fälle sind folgende:

1) H., ein 32jähriger Schuhmacher. Rheumat. art. Sehr hartnäckiger Fall; auf Natr. salic. gehen bloss die Schwellungen an den Gelenken vorübergehend zurück; die Schmerzen bestehen fort, die Temperatur bleibt andauernd hoch. Acid. salic., Salipyrin, Antipyrin, Colchicin etc. sind ohne dauernden Einfluss; die Temperatur steigt stets wieder an bis über 40,0°, ohne dass irgend etwas anderes nachweisbar wäre, als Schwellung und Schmerzhaftigkeit der verschiedensten Gelenke.

	7 Uhr	10 Uhr	1 Uhr	4 Uhr	7 Uhr
25. XI. Malakin 4 mal 1,0 stündl. um 2 Uhr, 3 Uhr, 4 Uhr, 5 Uhr	38,8	38,9	39,8	39,8	39,0
26. XI. Malakin 4 mal 1,0 stündl.	38,0	39,2	39,3	39,2	38,2
27. XI. „ 4 mal 1,0	37,5	38,7	38,8	38,0	37,5
28. XI. „ 3 mal 1,0	37,5	38 2	38,3	38,0	37,5
29. XI. „ 2 mal 1,0	37,5	38,1	37,6	36,9	37,5
30. XI. „ 1 mal 1,0	37,5	38,2	37,0	37,4	37,7

Die Schmerzen verschwanden langsam, die Schwellungen gingen zurück; Patient schwitzte auf jede Dosis sehr stark. Aus der Temperaturcurve ist ersichtlich, wie der Gipfel allmählich niedriger wurde. Schliesslich blieb die Temperatur mit 2 Ausnahmen (38,3 und 38,1) normal. Zweimal wurde es noch nothwendig, ein paar Tage hintereinander Malakin zu geben. Im Ganzen bekam Patient 50,0 Malakin. Subjectiv machte sich bloss eine gewisse Mattigkeit geltend, eine Folge der enormen Schweisssecretion. Bei der Entlassung bestand noch eine geringe Steifigkeit in den Gelenken, aller Wahrscheinlichkeit nach wegen des langen Nichtgebrauchs.

2) D., ein 30jähriger Taglöhner. Rheumat. art. Nebenbei besteht eine chronische Gonorrhoe.

Natr. salic. bleibt auch in grossen Dosen ohne erhebliche Wirkung, desgleichen Antipyrin, Acid. salic. u. s. w. Auf Malakin 4 mal 1,0 drei Tage hintereinander gegeben geht die Schmerzhaftigkeit langsam zurück, zugleich fällt die Temperatur, die bis zu 39,5 gestiegen war, langsam zur Norm. Wiederholt noch muss wegen erneuter Schmerzhaftigkeit Malakin gereicht werden; eine Temperatursteigerung wurde nicht mehr constatirt. Patient hat im Ganzen gegen 50 g bekommen, ohne irgend welche Beschwerden, mit Ausnahme einer lebhaften Schweisssecretion. Patient wurde nahezu geheilt entlassen, da „seine Zeit" aus war.

3) St., ein 16jähriger Arbeiter. Rheumat. art. Seit 8 Tagen Schmerzen in den Gelenken mit Schwellung. 2 mal 2 g Malakin an 2 Tagen hintereinander gegeben bleibt ohne wesentliche Besserung. Natr. salic. beseitigt in kurzem jegliche Beschwerden, allerdings unter Auftreten von Delirien.

4) W., ein 41jähriger Taglöhner. Rheumat. art. Schmerzen in Schulter und Kniegelenk; fieberfrei. Malakin 4,0, 3,0, 2,0 pro die; unter etwas Schweiss werden am ersten Tag die Schmerzen erheblich besser. Am dritten Tag ist Patient schmerzfrei.

5) St., ein 27jähriger Maurer. Rheumat. art. mit Pericarditis exsud. Starke Schwellung und Schmerzhaftigkeit der verschiedensten Gelenke; Natr. salic., Acid. salic., Salipyrin hatten keine erhebliche Aenderung des subjectiven und objectiven Zustands erzielt. Die Temperatur schwankte zwischen 37,4 und 38,5; drei Tage hinter einander wurden je 4 mal 1,0 Malakin gegeben. Daraufhin wurde zwar jedesmal ein geringer Temperaturabfall beobachtet, doch blieb das Befinden im Wesentlichen unbeeinflusst. Da der Puls ziemlich geringe Spannung zeigte, wurde zunächst ausgesetzt mit der Darreichung und erst nach ein paar Tagen wieder Malakin gegeben; auch diesmal ohne besonderen Erfolg.

Später als nach Ablauf der schweren durch die Pericarditis bedingten Erscheinungen noch einmal Gelenkschmerzen auftraten, konnten diese letzteren durch 4,0, 4,0, 3,0, 2,0, 1,0 Malakin pro die rasch zum Verschwinden gebracht werden, ohne irgendwelche unangenehme Nebenerscheinungen.

6) R., 18jähriger Kaufmann. Rheumat. art. mit Endocarditis. Nachdem 37 g Natr. salic. ohne dauernde Wirkung geblieben waren, wurden an 4 aufeinanderfolgenden Tagen 4, 4, 3, 2 g Malakin gegeben, ebenfalls ohne erhebliche Besserung. In diesem Falle zeigte sich auch kein Einfluss auf den Temperaturverlauf. (Natr. salic. hatte bis dahin auch nicht vermocht, die Durchschnittstemperatur herabzusetzen.) Spätere Darreichung von Natr. salic. war schliesslich von Erfolg begleitet.

7) W., 27jähriger Reisender. Rheumat. art. Patient bekam im Ganzen 17 g Malakin in Dosen von 4, 3, 2 und 1 g; wie schon auf Natr. salic. schwitzte er auch auf Malakin ziemlich erheblich. Ein in die Augen springender Erfolg konnte nicht constatirt werden. Auch auf die Temperatur wurde ein erheblicher Einfluss nicht beobachtet.

8) Br., 24jähriger Kellner. Rheumat. art. mit Endocarditis. Seit 3 Wochen hat Patient eine Gonorrhoe, ohne Behandlung, seit 4 Tagen Schmerzen in verschiedenen Gelenken; zur Zeit der Aufnahme bestehen ausserdem die Erscheinungen eines Klappenfehlers. Auf 5,0 Malakin, die am Abend der Aufnahme gereicht wurden, wurde Patient nahezu, durch Gaben von 5, 4, 3, 2 und 1,0 Malakin an den folgenden Tagen vollständig schmerzfrei; desgleichen waren auch die Schwellungen verschwunden. Auch die Temperatur, die am ersten Abend 39,8 betragen hatte, fiel bis zur Norm. Auf die Qualität des Pulses war ein günstiger Einfluss unverkennbar. Regelmässig trat erhebliche Schweisssecretion auf. Auch bei einem Nachschub, der nach einiger Zeit sich einstellte, leistete Malakin die besten Dienste.

9) Pr., 35jähriger Postillon. Rheumart. art. Schon 2 mal hatte hier Natr. salic. in kürzester Zeit alle Gelenkschmerzen beseitigt. Bei der dritten Aufnahme wurde ausser Schmerzhaftigkeit und Schwellung an mehreren Gelenken eine beiderseitige Tendovaginitis crepitans an den Armen constatirt. Die Beschwerden der Sehnenscheidenentzündung waren am folgenden Tage nach 5,0 Malakin verschwunden, auch die Gelenke waren freier, doch wurden trotz fortgesetzter Darreichung von Malakin in Dosen von 5 und 4 g in den nächsten Tagen wieder neue Gelenke ergriffen; weshalb wieder zu Natr. salic. zurückgekehrt wurde; doch blieb auch damit der gewohnte Erfolg aus. Das Befinden besserte sich schliesslich, nachdem Patient 3 Dampfbäder genommen hatte.

10) F., 25jähriger Conducteur. Rheumat. art. mit Endocarditis. Seit 3 Tagen in verschiedenen Gelenken Schmerzen, die sich auf Salicylpulver (ausserhalb des Krankenhauses) etwas besserten, nach 2 Tagen aber wieder von neuem einstellten. Bei der Aufnahme wird ausserdem ein Klappenfehler constatirt. Patient bekommt 2 mal 5,0 Malakin pro die. Die Schmerzen und die Schwellung an den Gelenken gehen rasch zurück unter mässigem Schweiss, zugleich fällt die Temperatur, die Abends schon 39,4 erreicht hatte, bis zu 37,7 bis 38,2 Abends. Patient bleibt noch in Behandlung.

11) W., 20jähriger Commis. Rheumat. art. mit Endocarditis. Mit 10 Jahren Gelenkrheumatismus und Herzaffection; seit 4 Tagen Gelenkschmerzen und -Schwellung. Ausserhalb des Krankenhauses hat Patient Salicylpulver eingenommen, worauf die Schmerzen in den Gelenken der untern Extremitäten nachliessen, in den oberen Extremitäten aber unbeeinflusst blieben. Patient erscheint bei der Aufnahme sehr angegriffen vom Transport; Gesicht und Hände sind cyanotisch; Puls an der Radialis kaum zu fühlen, Frequenz 128, unregelmässig, Herzdämpfung verbreitert nach beiden Seiten, Töne sehr leise, unrein. — Patient fühlt sich Abends nach 5 mal 1,0 Malakin, stündlich genommen, erheblich wohler, die Schmerzen haben entschieden nachgelassen; die Temperatur wird jedoch wenig beeinflusst (39,3, 39,1, 39,8).

Am zweiten Tag wieder 5 mal 1,0 Malakin, da die Schmerzen

wieder stärker sind; nach starkem Schweiss sind Abends die Gelenke frei. Puls in Folge von Digitalis besser. Temperatur bleibt hoch (39,6, 39,8, 39,3).

Dritter Tag (28. I.). 4 mal 1,0 Malakin mit dem gleichen Effect derart, dass Abends die Schmerzhaftigkeit sehr gering ist, am darauffolgenden Morgen aber wieder zugenommen hat. Dasselbe wiederholt sich an den folgenden Tagen nach 6, 5 und 4 g Malakin. Die Temperatur fällt unter der Malakinwirkung ein wenig, steigt aber bald wieder zur früheren Höhe (39,2—39,4). Der Puls bleibt gut. Am Herzen werden die Symptome eines Mitralfehlers deutlicher.

Vom 1. II. ab wird Natr. salic. gegeben in Dosen von 6, 5, 4, 3, 2 und 1 g. Die Aenderung des Zustandes ist auffallend: Die Schmerzhaftigkeit verliert sich rasch vollständig, wenn auch subjectiv gegenüber der Malakin-Wirkung ein geringerer Erfolg betont wird. Der Schweissausbruch ist stärker beim Natr. salic., die Temperatur ist schon am 3. II. normal. —

Auf Grund der weiteren Beobachtung ist anzunehmen, dass die Ursache der so sehr in die Augen springenden Wendung zum Bessern nicht im Natr. salic. zu suchen ist, sondern in einem vorübergehenden Nachlass des endocardialen Entzündungsprocesses, und dass in diesem Falle ein erheblicher Unterschied zwischen der Wirkung der beiden Präparate nicht zu constatiren ist. — Patient bleibt noch in Behandlung.

12) S., 23jähriges Dienstmädchen. Rheumat. art. Schwellung und Schmerzen in verschiedenen Gelenken. Temperatur bis zu 39,5 Abends. 6, 4, 3, 2 g Malakin. Die Schmerzen lassen unter starkem Schweiss nach, die Temperatur fällt langsam. Auf Verlangen wird Patientin gebessert entlassen.

13) L., 25jährige Arbeiterin. Rheumat. art. Schmerzen und Schwellung in beiden Kniegelenken, Malakin 4, 3, 2 g pro die; Nachlass der Schmerzen, Rückgang der Schwellung; langsamer Abfall der Temperatur unter mässigem Schweissausbruch; nach 12 Tagen wird Patientin geheilt entlassen.

14) L., 23jähriges Dienstmädchen. Rheumat. art. Schwellung und Schmerzhaftigkeit im linken Knie- und rechten Handgelenk; Temperaturen sehr hoch (39,4—40,2). Malakin 6, 5, 4 g. Die Schmerzhaftigkeit bessert sich in geringem Grade; die Temperatur bleibt unbeeinflusst, jedesmal tritt Schweiss auf. Aus äusseren Gründen wird mit Natr. salic. weiter behandelt.

15) L., 19jähriges Dienstmädchen. Rheumat. art. Das linke Kniegelenk ist leicht geschwollen und druckempfindlich. Malakin 6, 4, 3 g; geringe Besserung, starke Schweisssecretion; Temperatur fällt zur Norm. Patientin steht auf. Nach ca. 8 Tagen erneute Schmerzen und Schwellung im linken Knie ohne Temperatursteigerung. 6, 5, 2 g Malakin bringen entschiedene Besserung der Beschwerden. Patientin wird geheilt entlassen.

16) S., 26jähriger Jurist. Perityphlitis. Während die Resistenz in der Ileocoecalgegend am umfangreichsten war, hatte Patient über lebhafte Schmerzen am rechten Knie zu klagen und zwar in der Gegend der Austrittsstelle des Nerv. obturatorius. Die Schmerzen strahlten von dieser Stelle nach oben, ziemlich dem Verlauf des Nerven entsprechend. Malakin 4,0, 3,0, 2,0, 1,0 g. Am letzten Tag war Patient schmerzfrei. Schweiss trat während der Malakinbehandlung nicht auf. Patient war auch fortwährend fieberfrei während dieser Zeit und der Tumor wurde kleiner.

17) Sp., 17jähriges Dienstmädchen. Typhus abdominalis. 2.—3. Krankheitswoche. Temperaturen stets über 40,0. Auf Malakin jedesmal geringer Abfall der Temperatur, doch stets noch abendlicher Anstieg bis 40,0 und 40,1.

18) B., 20jähriger Diakon. Typhus abdominalis. Patient bekam während der 2.—3. Krankheitswoche an drei aufeinanderfolgenden Tagen je 4 mal 1,0 Malakin und es konnte auf die 1. und 2. Dosis jedesmal ein mässiger Abfall der Temperatur constatirt werden. Auch hier trat, wenn auch nicht so erheblich wie in anderen Fällen, Schweiss auf. Die Urinsecretion wurde durch die Medication nicht beeinflusst. —

In Ansehung aller dieser Fälle ist über die Wirksamkeit des in Rede stehenden Mittels im Allgemeinen folgendes zu sagen:

Das Malakin wirkt, seinem Namen entsprechend, sehr milde; unangenehme Erscheinungen, wie Ohrensausen, Kopfweh, Schwindel, Appetitlosigkeit oder gar Delirien kommen nicht zur Beobachtung. Als unangenehm kann höchstens die erhebliche Schweisssecretion genannt werden, die sich in den meisten Fällen einstellte, manchmal aber vollständig fehlte. Einige Male schien die Qualität des Pulses zu leiden, doch konnte sphygmographisch ein derartiger Einfluss nicht bewiesen werden.

Auf die Temperatur hat Malakin einen unverkennbaren Einfluss. Dieselbe kann durch das Mittel nach unsern Aufzeichnungen um ca. 1,0—1,5 Grade heruntergedrückt werden, doch entsprechend dem Namen „Malakin“ milde, langsam und nicht sehr lange nachhaltend; ein dauernder Effect in antipyretischer Hinsicht ist keinesfalls anzunehmen.

Als Anodynum scheint Malakin ganz gute Dienste zu leisten, wenn es auch mit Antipyrin, Phenacetin u. s. w. nicht concurriren kann in der Intensität des therapeutischen Erfolges.

Als Antirheumaticum kann Malakin so gut wie Natr. salic. oder ähnliche Mittel eine entschiedene Besserung von Schwellung und Schmerzhaftigkeit in Gelenken oder Muskeln bringen, doch versagt es in mehreren Fällen, selbst in Dosen von 5—6 g, vollständig, in gleicher Weise wie auch auf die gewöhnlichen Salicylpräparate ein merklicher Effect ausbleiben kann.

Ein zweifelloser Erfolg der Malakinbehandlung des Rheumatismus liess sich unter den angeführten Fällen 9 mal constatiren. In 2 Fällen waren alle andern Mittel vollständig wirkungslos geblieben. Auffallend war der günstige Einfluss in den Fällen, die mit einer Endocarditis complicirt waren.

Die Urinsecretion wurde durch das Mittel in keiner Weise beeinflusst. Das Auftreten der Eisenchloridreaction im Harne ist bei dem Salicylgehalte des Präparats nicht überraschend.

Nach alledem ist das Malakin als ein angenehmes, oft günstig wirkendes Mittel bei Gelenkrheumatismus zu bezeichnen, als ein Mittel, das ausser einer meist erheblichen Schweisssecretion frei von Nebenwirkungen ist, das eines Versuches jedenfalls werth ist, und als ein Zuwachs im Arzneischatz willkommen ist, wenn andere Präparate erfolglos geblieben sind.

Als Antipyreticum und Anodynum wirkt Malakin langsam und milde; wenn auch nicht mit der prompten Sicherheit, doch auch ohne die unangenehmen Folgen anderer Mittel; namentlich hat es auf den Magen keinen schädigenden Einfluss.

Ob es sich nicht empfehlen würde, das Malakin in grösseren Dosen als den angegebenen und rascher aufeinander zu reichen, wie man es ja bei Natr. salic. u. s. w. zu thun längst gewohnt ist, wäre wohl eines weiteren Studiums werth. Doch ist leider der Preis des Präparats ein derartiger, dass es nicht möglich ist, unter allen Verhältnissen die gewiss günstigen Eigenschaften zu verwerthen. 10 g Malakin kosten nämlich 2 M., während bei Natr. salic. sich der Preis für dieselbe Quantität nur auf 50 Pf. stellt.

Es erübrigt mir noch, Herrn Medicinalrath Dr. G. Merkel für die gütige Ueberlassung der Fälle meinen besten Dank an dieser Stelle auszusprechen.

Ueber einen Fall von Subluxation der Lendenwirbelsäule.

Von Dr. *B. Baumüller*, Specialarzt für Chirurgie und Orthopädie in Nürnberg.

Am 20. August 1892 verunglückte in einer hiesigen Maschinenfabrik der 13 Jahre alte Lehrling Anton Tobias H. Er war in knieender Stellung mit Ausräumen eines Platzes beschäftigt, an welchem der ca. 16—17 Centner schwere eiserne Cylinder einer hydraulischen Presse aufgestellt werden sollte, welcher an einem Fahrkrahn hängend, von einem Arbeiter heranbewegt wurde. Als dieser Arbeiter zum H. kam, schob er denselben rasch zur Seite, und unglücklicherweise fiel der Cylinder aus seiner Kettenaufhängung heraus und mit dem scharfen Innenrand auf den linken Fuss des Lehrlings, dessen II.—V. Zehe zerquetscht wurde. Zu gleicher Zeit fiel der Cylinder nach der einen, H. nach der anderen Seite und muss nach Ansicht des Fabrikbesitzers und der Arbeiter mit dem Rücken auf dort liegende kleinere, übrigens auch kantige Eisentheile gefallen sein. Der schwere eiserne Cylinder kann unmöglich auf den Rücken des H. gefallen sein, da sonst wohl eine unmittelbar tödtliche Verletzung eingetreten wäre.

Der Verunglückte wurde in's hiesige städtische Krankenhaus verbracht, wo ich als Vertreter des damals beurlaubten Oberarztes der chirurgischen Abtheilung, des Herrn Hofrath Dr. Göschel, denselben am andern Morgen, Sonntag 21. August sah und untersuchte.

Die zerquetschten Zehen waren noch Tags vorher bei der Einlieferung des Kranken von dem Assistenzarzt Herrn Dr. Kress amputirt worden.

Der Patient liegt auf dem Rücken, sieht blass aus, ist für sein Alter gut entwickelt und von verhältnissmässig kräftiger Musculatur. Seine Klagen nennen Schmerzen in beiden Beinen, besonders im rechten, welch' letzteres frei zu halten er nicht im Stande ist. Urin und Fäces werden unwillkürlich entleert. Auch über Schmerzen im Rücken wird vom Patienten geklagt, welche auch bei sehr vorsichtigem Aufsetzen gleich denen in den unteren Extremitäten so stark waren, dass die Untersuchung des Rückens in linker Seitenlage des Patienten vorgenommen wird. Dieselbe ergibt in der Gegend

des 1. und 2. Lendenwirbels eine Deformität derart, dass sich eine seichte Furche quer über den ganzen Rücken zieht und sich in der Linie der Processus spinosi über dem 2 Lendenwirbel so vertieft, dass dessen obere Fläche, wenn auch in ihrer Form undeutlich und unvollständig, aber doch sicher durch den vorsichtig tastenden Finger erkannt werden kann. Ringsum waren starke teigige Schwellungen zu fühlen und blaugrüne Verfärbung der Haut zu sehen, so dass mit Entschiedenheit eine Dislocation zwischen 1. und 2. Lendenwirbel, ein Abweichen in der Richtung nach vorne und wohl auch in geringem Maasse nach unten angenommen und damit die Diagnose einer Luxation oder Subluxation der Lendenwirbel gestellt werden musste. Die übrigen Bauch- und Brustorgane, obere Extremitäten, Sensorium zeigten keinerlei Störung.

Aus äusseren Gründen war ein Repositionsversuch am Tage der Untersuchung nicht ausführbar und wurde mit vorauszuschickender Untersuchung in narcosi auf den folgenden Tag verschoben.

Patient wurde daher am 22. August chloroformirt, in linke Seitenlage gebracht, nochmals das deutliche Hervorragen des zweiten Lendenwirbels oder vielmehr seiner hintern Theile nach hinten constatirt und in Erinnerung an einen Fall, den ich mit Leser, der ihn seiner Zeit beschrieben hat,[1]) auf der Hallenser Klinik gesehen, eine Exploration per rectum vorgenommen. Dieselbe konnte, da sich die Sphincteren gelähmt erwiesen, sehr ausgiebig ausgeführt werden, liess jedoch nicht, wie in jenem Fall, ein Tiefergetretensein des obern Theils der Lendenwirbelsäule erkennen. Es war daher klar, dass eine starke Dislocatio ad longitudinem nicht eingetreten sein konnte. Nun schritt ich zum Versuch der Reposition, welchen ich in der Weise vornahm, dass ich ein quer über den Rücken gelegtes, vorne über der Brust gekreuztes Leintuch an beiden Enden von zwei Assistenten stark kopfwärts anziehen liess, während ein kräftiger Wärter den Befehl hatte, die im Knie gebeugten Beine ruhig festzuhalten.

Ich selbst stand am Rücken des Patienten, versuchte mit der linken Hand den vorstehenden zweiten Lendenwirbel nach abwärts, mit Hilfe der rechten Hand, die vorne auf die Rippenbogen nach aufwärts drückte, den obern Theil der Wirbelsäule nach aufwärts zu schieben, während ich gleichzeitig mit der linken Hand auch einen leichten Druck nach vorwärts (ventral), mit der rechten einen solchen dorsalwärts auszuüben suchte.

In kürzester Zeit (kaum einer Minute) glich sich plötzlich unter hör- und fühlbarem Schnappen die Deformität aus: Die quere Furche und ihre Vertiefung in der Wirbelsäulengegend waren verschwunden, dagegen liessen sich nun, was vorher nicht der Fall war, an kleinen umschriebenen Stellen leichte Crepitationserscheinungen wahrnehmen, was wohl ungezwungen durch Wiederannäherung der durch die Gewalteinwirkung von einander getrennten Fragmente der kleinen Wirbelfortsätze erklärt werden kann.

Patient wurde sodann auf den Rücken mit erhöht liegenden Schultern und etwas erhöhtem Becken gelagert: ich wollte die vorher bestandene „traumatische Lordose" in eine Kyphose verwandeln, um durch Annäherung der vordern Wirbelkanten eine Art Gewölbespannung herzustellen. Doch schien diese Lagerung dem Patienten zu unbequem, dürfte wohl auch nicht immer streng eingehalten worden sein, so dass ich mich entschloss, nach wenigen Tagen — am 26. August — einen breiten Gypsgürtel anzulegen. Dies führte ich in der Weise aus, dass der Patient in seinem Bett unter das Sayre'sche Suspensionsgestell gebracht wurde und, nachdem die Nackenschlinge angelegt war, bis zu nahezu verticaler Haltung des Oberkörpers aufgezogen wurde. Zu beiden Seiten der Dornfortsatzlinie wurde eine Gypslonguette gelegt und dieselben mit queren Gypsbindentouren befestigt. Dieser Verband lag bis zum 3. October.

Während dieser Zeit besserten sich alle Symptome: Blasen- und Mastdarmlähmung, die Schmerzen und Paresen der untern Extremitäten; die Schmerzen waren wenige Tage nach der Reposition und der Anlegung des Gypsverbandes schon fast völlig gehoben. Am 3. October wurde der Gypsverband abgenommen und kein weiterer mehr angelegt; am 8. October wurde folgender Status aufgenommen:

Die Wunde des linken Fusses per granulationem gut heilend (konnte seiner Zeit nicht vollständig durch Naht geschlossen werden); Mastdarm- und Blasenfunctionen vollständig normal; Schmerzen geschwunden, eine leichte Empfindlichkeit in der Gegend zwischen 1. und 2. Lendenwirbel scheint noch zu bestehen, da Patient bei Palpation des vollständig normal aussehenden Rückens sehr genau die Stelle der früheren Verletzung angibt; Bewegungen des linken Beins vollständig normal, am rechten Unterschenkel functioniren der Extensor digitor. communis und die Peronei noch nicht.

Es darf daher trotz der letzten angeführten Störungen, die sich wohl, namentlich unter Zuhilfenahme elektrischer Behandlung ebenfalls noch heben, mindestens bessern lassen werden, die Prognosis quoad restitutionem eine günstige genannt werden, obwohl der bedauernswerthe Verlust von vier Zehen den Armen für Lebensdauer zum Theilinvaliden macht.

(Am 20. October befand sich der Verletzte ausser Bett, kann Vor- und Rückwärtsbeugen des Rumpfes ausführen, ersteres freilich mit ziemlich steifem Rücken, also wohl hauptsächlich in den Hüftgelenken, letzteres nicht ohne leichte Schmerzen an der Luxationsstelle.)

[1]) Ein Fall von Spondylolisthesis nach Fractur der Wirbelsäule. Aus der Volkmann'schen Klinik. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XVI, 1882, p. 107.

(Anfangs October 1893 ist nach freundlicher Mittheilung des Herrn Dr. Leber, welcher die weitere Behandlung des H. übernahm, eine weitere Besserung zu bemerken und besteht nur noch in der rechten untern Extremität Parese des Tibialisgebietes, Atrophie der Wadenmusculatur und Anästhesie im Ausbreitungsbezirk des N. cutaneus femoris post. Patient kann ohne Ermüdung und Schmerzen einige Stunden täglich gehen.)

Leider habe ich eine photographische Aufnahme vor der Reposition nicht veranlasst, trotzdem wurde der Fall, besonders wegen der grossen Seltenheit ähnlicher Beobachtungen mitgetheilt.

Denn von früheren Zusammenstellungen liegt nur eine solche von Malgaigne vor (nach Scheuplein in Langenbeck's Archiv XXIX. p. 375; das Original war mir nicht zugänglich); darnach treffen unter 13 Fällen von Brust- und Lendenwirbelluxationen vier auf den ersten oder zweiten Lendenwirbel (3 und 1); 1868 erschien von Pitha-Billroth's Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie die Lieferung: Lorinser, Krankheiten der Wirbelsäule. Lorinser betont die Seltenheit der Lendenwirbelluxationen, theilt keinen eigenen Fall mit und meint, dass „von einer eigentlichen durch Extension zu bewerkstelligenden Einrichtung wohl niemals die Rede sein könne".

1873 theilte Guermonprez einen Fall von Luxation des 12. Brust- und 1. Lendenwirbels nach hinten mit, entstanden durch Fall auf den Rücken (bei einem 31jährigen Mann), Reduction gelang (citirt nach Falkenstein, über die traumatischen Beschädigungen der Wirbelsäule und des Rückenmarks, Deutsche militärärztl. Zeitschr. IX. 1880, p. 221 u. ff.).

F. H. Hamilton (Knochenbrüche und Verrenkungen. Deutsch von Dr. A. Rose. Göttingen 1877, p. 528) hat selbst keinen Fall beobachtet, citirt von älteren Autoren einen Fall von Cloquet: Drehungsluxation und Bruch des 2. Lendenwirbels, keine Reposition, Tod nach vielen Jahren; und einen Fall von Dupuytren: Luxation des 12. Brust- und 1. Lendenwirbels nach vorwärts, Tod nach 6 Tagen.

Krönlein (Deutsche Chirurgie Lfg. 26: Die Lehre von den Luxationen, 1882) theilt seine statistische Tabelle über 400 Luxationen aus der Berliner Klinik und Poliklinik mit (vom 1. Mai 1874 bis 10. October 1880), unter welchen kein Fall von Lendenwirbelluxation sich befindet;

ebensowenig erwähnt C. Hüter, 1876—1878, bei Besprechung der Wirbelluxationen eines Falles von Lendenwirbelluxation.

Horzetzky (über Wirbelerkrankungen Erwachsener, namentlich auch von Soldaten, und deren Ursachen. Deutsche militärärztl. Zeitschr. XVI. 1887, p. 385 u. ff.) referirt nicht nur über den von Scheuplein in Wiblingen beobachteten Fall, welcher jedoch als Luxation des 12. Brustwirbels nicht hierher gehört, sondern auch über zwei weitere Fälle:

Der eine, Subluxation der 3 oberen Lendenwirbel, zeigte kypho-skoliotische Lageveränderung dieser Wirbel nach einem Fall aus dem Fenster eines Ballsaales und Aufschlagen des Rückens gegen ein Fenstersims, beobachtet im Garnisonslazareth Neisse 1878; nach 4monatlicher Lazarethbehandlung wurde der Patient ohne Aenderung des objectiven Befundes, auch ohne functionelle Störung „als geheilt entlassen".

Der zweite Fall, Verrenkung der beiden untersten Brust- und der drei obersten Lendenwirbel nach links und hinten, betraf einen Musketier, wurde ebenfalls zu Neisse beobachtet 1879/81. Durch Suspension gebessert, wurde der Patient als unbrauchbar für den Militärdienst entlassen.

Im Ganzen sind das, wenn wir die Malgaigne'sche Zusammenstellung, in welcher jedoch wahrscheinlich Cloquet's und Dupuytren's Fall auch aufgenommen sind, mitberücksichtigen, 9 Fälle, unter ihnen nur der Dupuytren'sche ähnlich dem 10. hier beobachteten: eine Luxation nach vorne; denn ich halte den oberen nach vorne verschobenen Wirbel für den luxirten.

Reposition wurde nur in dem Falle von Guermonprez ausgeführt und gelang; ebenso in dem meinigen.

Was die begleitenden Fracturen betrifft, so muss ich mich zu der Ansicht bekennen, dass ohne solche an den oberen und

unteren Gelenkfortsätzen, wohl auch an den Querfortsätzen, vielleicht auch an den Dornfortsätzen eine Zerreissung der Zwischenwirbelscheibe nicht eintreten kann. Denn auf der letzteren beruht doch wohl ausschliesslich die Möglichkeit einer Entfernung zweier Wirbelkörper von einander. Die einwirkende Gewalt (Auffallen einer Last oder Auffallen des Rückens gegen einen harten kantigen Widerstand) trifft aber in erster Linie die erwähnten Fortsätze. Die Fracturen derselben stehen jedoch der nachher erfolgenden Zerreissung der Zwischenwirbelscheibe und deren unmittelbaren Folgen an Bedeutung so sehr hintan, dass sie bei der Beurtheilung der Dislocation so gut wie gar nicht in Betracht kommen können und mit Hüter[2]) den Abreissungsfracturen in Parallele gestellt werden müssen, welche bei anderen Luxationen zur Beobachtung kommen.

Meinem hochgeehrten Collegen, Herrn Oberarzt Hofrath Dr. Göschel sage ich hier den besten Dank für die Erlaubniss zur Veröffentlichung des beschriebenen Falles.

Aus der psychiatrischen Klinik zu Freiburg i. B.

Ueber organische und functionelle Herzleiden bei Geisteskranken.

Von Dr. *G. Reinhold*, Assistenzarzt.

(Fortsetzung.)

In ätiologischer Beziehung nun lassen sich zwischen Psychosen und Herzkrankheiten naturgemäss zwei Möglichkeiten des Zusammenhangs denken: einmal entsteht die Frage, inwieweit kann eine Herzkrankheit[17]) die Ursache abgeben für das Zustandekommen einer Seelenstörung, und zweitens kann man fragen, inwieweit kann eine bestehende Seelenstörung die Herzthätigkeit alteriren.

Bezüglich der ersten Frage liegen genügende klinische Erfahrungen und pathologisch-anatomische Befunde vor, die Lehrbücher der Psychiatrie stehen ihr aber im Allgemeinen ablehnend gegenüber. Die vulgären Ansichten über die Bedeutung des Herzens für das Gemüths- und Seelenleben mochte in früheren Epochen der Psychiatrie die Beobachter nicht unerheblich beeinflusst haben; man sah, „dass Individuen mit organischen Herzübeln eine auffallende Veränderung des Charakters darboten, von Anfällen namenloser Angst und ungewohnten Leidenschaften beherrscht wurden“[18]). Leidesdorf überzeugte sich jedoch auf Grund sorgfältiger Untersuchungen, dass Klappenfehler und Ostienstenosen ungemein selten bei Irren und gewiss nicht häufiger als bei Geistesgesunden vorkommen, dass andererseits unzählige Herzkranke, wenn sie auch eine grössere Gemüthsreizbarkeit zeigen, doch geistig vollkommen gesund sind[19]). Auch Griesinger sagt[20]), dass in der älteren psychiatrischen Literatur der Einfluss der Herzleiden auf die Entstehung von Gemüthskrankheiten offenbar mannigfach überschätzt sei: die Beobachtung zeige in den deutschen Irrenanstalten keineswegs viele Individuen mit den gewöhnlichen Herzfehlern, Insufficienzen, Stenosen etc. Die schon besprochenen Resultate der Statistik Karrer's waren auch nur geeignet, das Urtheil über diese Frage in negativem Sinne zu beeinflussen. So urtheilt denn auch Emminghaus[21]): „Eine hervorragende Rolle in der Aetiologie der Geisteskrankheiten im engeren Sinne spielen die Herzkrankheiten durchaus nicht.“ v. Krafft-Ebing[22]) citirt die Ansicht Griesinger's und geht kurz auf die Arbeiten Wilkowski's, Mildner's und Karrer's ein. Kirchhoff[23]) ist derselben Ansicht wie Griesinger: „Die Bedeutung der Herzleiden für das Zustandekommen von Psychosen wird vielfach noch überschätzt.“ Kraepelin[24]) sagt, dass die Herzleiden bei Geisteskranken etwas häufiger vorzukommen scheinen als sonst.

So stände denn die Frage, ob Herzkrankheiten ätiologisch wirksam sein können bezüglich der Entstehung von Psychosen, augenblicklich noch auf demselben Standpunkt, wie vor 30 Jahren, d. h.: in den Herzkrankheiten ist kein für die allgemeine Aetiologie der Geisteskrankheiten bedeutsames Moment zu erblicken. Auch unsere Resultate bezüglich der Klappenfehler können dies nur bestätigen: unter 644 Fällen von Irresein fanden sich nur 37 Fälle, bei denen die Diagnose eines Klappenfehlers gesichert war, also bei 5,74 Proc. Bezüglich der übrigen organischen Herzleiden war mein Material, wie früher schon hervorgehoben, unzulänglich; auch glaube ich, dass die diesbezüglichen Resultate früherer Untersucher, z. B. Karrer's, kaum einer Bestätigung bedürfen.

Anders verhält es sich mit der andern Frage: inwieweit kann eine bestehende Seelenstörung die Herzthätigkeit alteriren? Meines Wissens wird nur in der Arbeit von Greenlees der functionellen Herzstörungen eingehender Erwähnung gethan, in den Lehrbüchern finden sie, soviel mir bekannt ist, nirgendwo eine eingehendere Besprechung. Und hierzu scheinen mir die Resultate der Tabelle III doch aufzufordern. Ich glaube sogar, dass die Betheiligung des Herzens an den Erkrankungen des Centralnervensystems, soweit solche als psychische zusammengefasst werden, noch eine viel grössere und regelmässigere ist, weil gewiss eine Reihe von Symptomen dem Untersucher entgehen werden. Viele Geisteskranke sind beabsichtigter oder unbeabsichtigter Weise unausgiebig, wenn man sie über ihre Beschwerden exploriren will; viele sind auch zu unruhig, so dass sie eine genauere Untersuchung nicht ermöglichen: man kann hierbei an die Fälle von Manie und aufgeregter Melancholie denken, welche sich der Aufnahme eines genauen Status entziehen. Nach unsern Krankengeschichten konnte in 103 Fällen (Tabelle I, Columne 4) eine körperliche Untersuchung nicht ausgeführt werden, und ich glaube nicht irre zu gehen, wenn ich annehme, dass eine körperliche Untersuchung in diesen Fällen manchen Beitrag zur Tabelle III geliefert haben würde. Die später eventuell gewonnenen körperlichen Befunde (vielleicht im Stadium decrementi der betreffenden Psychose) habe ich, wie früher erwähnt, der Einheitlichkeit wegen nicht berücksichtigt; ich verkenne es keineswegs, dass die fortgesetzte klinische Beobachtung hier die allerwesentlichsten Resultate ergeben kann. Wenn man z. B. eine Reihe von Melancholien genau in ihrem Herzbefund verfolgen würde und die Thatsache constatiren könnte, dass Anomalien der Herzaction oder der Herztöne während der Melancholie beobachtet werden, um nach deren Genesung wieder zu verschwinden, so wären dies Resultate, wohl geeignet, aus ihnen ein definitives Urtheil darüber zu gewinnen, dass solche Störungen der Herzthätigkeit functionell sind und eine Folgeerscheinung der betreffenden Psychose oder vielleicht auch eines dritten gemeinsamen ätiologischen Momentes. Ich gedenke eine grössere Anzahl derartiger Beobachtungsreihen vorzubereiten und will an dieser Stelle nur kurz bemerken, dass die beabsichtigten klinischen Untersuchungen mit grosser Wahrscheinlichkeit die erwünschten, bestätigenden Resultate ergeben werden. In einer Reihe jüngst beobachteter Fälle verschwanden mit dem Abblassen der psychopathischen Symptome auch die Erscheinungen von Seiten der gestörten Herzthätigkeit. Dies konnte namentlich in einer Reihe von Fällen constatirt werden, wo Irregularität und hohe Frequenz des Pulses bestand, dann auch bei andern, wo bei der Aufnahme laute systolische Geräusche mit verstärktem Spitzenstoss und accentuirtem 2. Pulmonalton die Diagnose auf Mitralinsufficienz stellen liessen; und der ganze Symptomencomplex war bei der Entlassung verschwunden. Analoge Beobachtungen machte Oppenheim bei einem Fall von periodischer Lähmung aller 4 Extremitäten[25]): während der Anfälle wurden bald mehr,

---

[2]) Hüter, Klinik der Gelenkkrankheiten, III. p. 199; I. p. 335.
[17]) In dieser Beziehung kommen natürlich nur die organischen Herzkrankheiten (besonders die Klappenfehler) in Betracht.
[18]) Leidesdorf, Psychische Krankheiten. 1865.
[19]) l. c., p. 133.
[20]) Griesinger, Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Braunschweig, 1876.
[21]) Emminghaus, Allgemeine Psychopathologie. Leipzig, 1878.
[22]) v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. Stuttgart, 1888.
[23]) Kirchhoff, Lehrbuch der Psychiatrie. Leipzig, 1892.
[24]) Kräpelin, Psychiatrie. Leipzig, 1893.
[25]) Charité-Annalen, 1891, p. 350.

bald weniger ausgeprägt die Symptome einer Mitralinsufficienz gefunden; in den anfallsfreien Zeiten ergab die physikalische Untersuchung des Herzens völlig normale Verhältnisse. Ueber die Deutung dieser Anomalien von Seiten des Herzens sagt Oppenheim, dass sie ebenso wenig möglich sei, wie die der übrigen Krankheitserscheinungen des merkwürdigen Falles, und fügt hinzu, dass er im Verlauf der multipeln Neuritis ähnliche und noch ausgeprägtere Veränderungen am Herzen beobachtet habe, die als Herzklappenfehler imponirten und wenn auch nach längerem Bestande mit der Besserung der übrigen Symptome rückgängig wurden. Auch Tremoth erwähnt in seinen Beiträgen zur Lehre vom Irresein im Kindesalter[26]) den Fall eines 14jährigen melancholischen Knaben, welcher bei seiner Aufnahme einen verbreiterten Spitzenstoss und ein systolisches Blasen an der Herzspitze hatte: bei der Entlassung des genesenen Patienten war der Spitzenstoss normal und das systolische Blasen an der Herzspitze verschwunden.

Von grösster Bedeutung nun für die Präcisirung und eventuelle Lösung der Frage nach den Beziehungen zwischen Psychosen und functionellen Störungen der Herzthätigkeit ist das Verhältniss zwischen Herz und Centralnervensystem in normal-anatomischer und physiclogischer Hinsicht; gerade auf diesem Gebiete sind in den letzten Jahren bemerkenswerthe Forschungen gemacht worden. Die vordem geltenden Anschauungen hat Gerhardt dahin formulirt, dass er sagt: „Das Herz hat sein selbstthätiges Bewegungsnervensystem in sich, welches regelmässige, aber nur schwache Zusammenziehungen zu erzeugen vermag." „Ein zweites, ohne besondere Erregung thätiges, motorisches Centrum liegt im verlängerten Marke; es beschleunigt die Bewegung, welche von den im Herzen selbst liegenden Ganglien aus angeregt wird."[27])

Diesen Anschauungen traten im Jahre 1890 His und Romberg[28]) auf Grund entwicklungsgeschichtlicher Studien mit der durch anatomische Befunde gesicherten Behauptung entgegen: „Die Herzganglien sind sensibler Natur" und „Der Herzmuskel ist der automatische Motor der Circulation". Die Blutversorgung der Herzganglien fanden die beiden Autoren sehr ausgiebig: jedes Ganglion ist von einem Netz kleiner Blutgefässe umgeben, zahlreiche Zweige senken sich in sein Inneres ein." Auf Grund dieser Befunde weisen sie darauf hin, dass „das im Blute circulirende Gift (z. B. Nicotin) seine schädigende Wirkung am besten dort werde entfalten können, wo empfängliche Nervenelemente von reichlichen Blutgefässen umgeben seien". Ueber die Function der Herzganglien sagen His und Romberg: „es ist möglich, vielleicht wahrscheinlich, dass die Herzganglien dem Centralnervensystem die unendlich fein abgestuften, unbewussten Empfindungen übermitteln, welche reflectorisch die Herzthätigkeit durch Vagus und Accelerans reguliren, die Weite des Gefässsystems beherrschen."

Nicht zum Wenigsten auf Grund der His-Romberg'schen Untersuchungen möchte ich mir eine Erklärung dafür bilden, dass Psychosen so oft mit functionellen Störungen der Herzthätigkeit complicirt erscheinen.

Wenn wir als „die letzten uns dermalen begreiflichen Ursachen der psychischen Vorgänge Molecularbewegungen, Umlagerungen der Atome in der Substanz der Ganglienzellen" der Grosshirnrinde annehmen[29]) so müssen wir uns als die Ursache psychopathischer Vorgänge Momente denken, welche die genannten Elementarprocesse pathologisch modificiren, so dass im Stoffwechsel der einzelnen Ganglienzelle ein mehr oder weniger grosser Umschwung eintritt, welcher dann seinerseits eine Ueberführung von pathologischen Stoffwechselproducten der erkrankten Grosshirnrinde in das circulirende Blut zur Folge haben kann. Thatsachen aus der allgemeinen Pathologie beweisen, dass die Stoffwechselproducte krankhaft functionirender Organe andere Organe in ihrer Function schädigen können. Dies möchte ich auch von den Stoffwechselproducten der erkrankten Grosshirnganglienzellen annehmen.

Die theoretisch-postulirten, chemisch-physikalischen Vorgänge in den Ganglienzellen hat die mikroskopische Forschung durch mancherlei Befunde bestätigen können. Ueber systematische, chemische Analysen der gewöhnlichen Ausscheidungsproducte Geisteskranker und hieraus eventuell zu ziehende Schlüsse über den Stoffwechsel der Grosshirnrinde existiren meines Wissens keine detaillirten Veröffentlichungen. Dass sich aber bei den chemischen Vorgängen in der Hirnrinde unter Umständen Stoffe bilden können, welche keineswegs indifferent sind, scheinen mir Untersuchungen Heidenhain's und Ranke's nahezulegen, welche fanden, dass erregte Nervensubstanz sauer reagirt und dass diese Reaction durch die Ganglienzellen der Hauptsache nach bedingt ist.[30])

Je intensiver nun die psychopathischen Processe verlaufen, desto grösser wird die Menge der pathologischen Stoffwechselproducte der erkrankten Ganglienzellen sein, desto häufiger werden wir andere Organe in ihrer Function geschädigt sehen. Diese Stoffwechselproducte — deren differente Eigenschaften ich voraussetze, mögen sie nach Qualität oder Quantität anormale sein — werden im Bette der Blutbahn das Herz und die in ihm liegenden sensibeln Nervenapparate berühren und auch an dieser Stelle ihre schädigende Wirkung geltend machen können, so dass die Herzthätigkeit nach der einen oder anderen Richtung hin gestört erscheint. Passend scheinen mir diese Störungen mit „functionell" bezeichnet; denn mit Ablauf der psychopathischen Processe hören zumeist auch die Störungen in der Thätigkeit anderer Organe und insbesondere der des Herzens auf, wie einige kurz vorher von mir mitgetheilte Beobachtungen darthun können.

Noch eine Frage bleibt kurz zu erledigen: Ist die Menge der postulirten, pathologischen Stoffwechselproducte gross genug, um, der Blutmasse beigemengt, manifeste Functionsstörungen anderer Organe hervorzurufen? Ich glaube, ja: denn wenn man sich vergegenwärtigt, wie verschwindend kleine Gewichtsmengen giftiger Alkaloide nur erforderlich sind, um in Lösung mit dem Blute gebracht die Herzthätigkeit auf's Tiefste zu alteriren, so erscheint es nicht ungerechtfertigt anzunehmen, dass die 2000 Millionen Ganglienzellen der Grosshirnrinde[31]), oder auch nur ein Theil derselben, im Stande seien, bei krankhafter Thätigkeit entsprechende Mengen, die Herzthätigkeit schädigender Körper zu produciren.

Eine Alteration der Herzthätigkeit kann man sich nun auf verschiedene Weise durch diese Körper zu Stande kommend denken.

Bekanntlich ist die Herzmusculatur ausserordentlich empfindlich für chemische Veränderungen der circulirenden Gewebssäfte; sie verträgt so schlecht wie kein anderes Organ längerdauernde Ernährungsstörungen. Schon der anatomische Bau der Herzmuskelzelle legt den Gedanken nahe, dass man es in ihr mit einem Zellorganismus von ganz besonderer Natur zu thun habe. Gegebenen Falls nun werden die Stoffwechselproducte der kranken Ganglienzellen auf die Herzmusculatur selbst ihre schädigende Wirkung ausüben und auf diese Weise die Thätigkeit des Herzens mehr oder weniger alteriren können.

Eine zweite Möglichkeit der Einwirkung aber wird man zugeben müssen, wenn man die His-Romberg'schen Untersuchungen berücksichtigt: mit den reich vascularisirten sensibeln Ganglien des Herzens werden die Stoffwechselproducte der erkrankten Grosshirnrinde in unmittelbare Berührung kommen und einen Reiz auf sie ausüben können. Dieser Reiz — dem Herzinnervationscentrum übermittelt — wird dieses in der Ausübung seines regulatorischen Einflusses auf die Herzthätigkeit schädigen können.

Es gibt endlich noch eine dritte Möglichkeit, dass functionelle Störungen der Herzthätigkeit durch Processe in der Hirnrinde veranlasst werden. Die beiden ersten Erklärungen sind nicht zureichend zum Verständniss derjenigen Störungen der

[26]) Münchener Med. Wochenschrift, 1891.
[27]) Gerhardt, l. c., p. 51.
[28]) His und Romberg, Beiträge zur Herzinnervation. Vortrag von Romberg in „Fortschritte der Medicin". Bd. 8. Leipzig, 1890.
[29]) cf. Emminghaus, l. c., p. 412.
[30]) Emminghaus, l. c., p. 413.
[31]) Vierordt, Anatomische Daten. Jena, 1888, p. 44.

Herzaction, welche wir z. B. bei plötzlichem Schreck eintreten sehen, welche mehr oder weniger gleichzeitig mit der Einwirkung erfolgen und unter Umständen zum Herzstillstand führen können. Zur Deutung dieser Phänomene sind intrakranielle Bahnen in Anspruch zu nehmen, welche von der Hirnrinde zu dem Herzinnervationscentrum gehen und dasselbe auf Grund rein psychischer Eindrücke erregen. Gerhardt sagt über diese Vorgänge: „Das Centrum im verlängerten Marke kann vom Sensorium aus in Folge starker Erregung sensibler Nerven tetanisirt werden: so ist das bei Angst, Schreck, Erregung, starken Sinneseindrücken, Schmerz entstehende Herzklopfen zu verstehen.“ [32])

Auch an die eben besprochene dritte Möglichkeit, Störungen der Herzaction bei Geisteskranken zu erklären, wird man nicht selten denken müssen: z. B. bei der Untersuchung des Pulses von Geisteskranken, dessen Frequenz sich ja oft unter dem zufühlenden Finger verändert.

Es lassen sich demnach drei Möglichkeiten denken, das Zustandekommen von functionellen Störungen der Herzthätigkeit bei psychopathischen Processen zu erklären:

I. können die in Folge der psychopathischen Processe entstandenen, pathologischen Stoffwechselproducte der erkrankten Grosshirnganglienzellen, der Blutmasse beigemengt, schädigend auf die Herzmuskelsubstanz selbst wirken;
II. kann durch Vermittlung der in der Herzmuskelsubstanz liegenden, sensibeln Nervenapparate, welche durch die genannten Stoffwechselproducte gereizt werden, das Herzinnervationscentrum erregt und dessen regulatorischer Einfluss auf die Herzbewegungen modificirt werden, und
III. können dem Herzinnervationscentrum auf intrakraniellem Wege Reize vermittelt werden, wiederum geeignet, den Erregungszustand dieses Centrums zu Ungunsten der Herzthätigkeit zu beeinflussen.

Es würde mich zu weit führen, wenn ich eingehen wollte auf das, was uns sonst bekannt ist über Wechselbeziehungen der Ganglienzellenthätigkeit der Grosshirnrinde und der Herz- und Gefässthätigkeit; ich will in dieser Beziehung nur auf drei Punkte kurz hinweisen: einmal auf die Beziehungen zwischen Ganglienzellenfortsätzen und Gefässen, welche man an den nach der Golgi'schen Silbermethode behandelten Schnitten der Grosshirnrinde sieht; sodann auf die sphygmographischen Untersuchungen, welche Ziehen an Geisteskranken angestellt hat[33]), endlich noch auf eine Arbeit von Cramer[34]) über das Verhalten des Blutdrucks während der Angst der Melancholischen. Ich müsste allzu sehr in's Detail gehen, wenn ich im Rahmen meines Themas auf die allerdings sehr bemerkenswerthen Resultate der genannten Arbeiten eingehen wollte, will aber bemerken, dass manche derselben mit den von mir entwickelten Anschauungen sehr wohl in Einklang zu bringen sind.

(Schluss folgt.)

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Dr. **Martin Mendelsohn: Aerztliche Kunst und medicinische Wissenschaft.** Eine Untersuchung über die Ursachen der „ärztlichen Misère“. Berlin. Zweite erweiterte Auflage. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann. 1894.

Die Schrift erschien in erster Auflage anonym; erst in zweiter Auflage trat Verfasser auf Wunsch des Verlegers mit seinem Namen an die Oeffentlichkeit. Dass die Arbeit grosses Aufsehen erregt hat, erklärt sich vollkommen aus dem hohen Interesse des Gegenstandes, der gerade in der jetzigen Zeit die gesammte Aerztewelt lebhaft beschäftigt, aber auch aus der vorzüglichen schriftstellerischen Behandlung desselben, welcher auch ein Gegner der hier niedergelegten Ansichten seine Anerkennung nicht versagen kann.

Die Schrift hat bereits eine ablehnende Beurtheilung in der Nummer 275 des ärztlichen Vereinsblattes für Deutschland in einem „ne nimis“ betitelten Aufsatze Dr. Landsberger's gefunden, welchem ich mich voll und ganz anschliesse. Trotzdem möchte ich in Nachfolgendem auch meine Ansichten über die dort ausgesprochenen Gedanken zum Ausdruck bringen, und glaube mich als alter Praktiker und langjähriger Beobachter der Entwicklung des ärztlichen Standes hiezu berechtigt.

Der Schrift ist die Behauptung an die Spitze gestellt, dass der ärztliche Stand im Niedergang begriffen ist, und wird dieser Niedergang in der Folge zu begründen versucht und nach dem therapeutischen Grundsatze: „removere causam“ Mittel zu dessen Bekämpfung in Vorschlag gebracht. Die Ursachen für den Niedergang sind nach Verfasser äussere und innere; die äusseren, die Einwirkung der socialpolitischen Gesetzgebung, der Polikliniken, der veralteten Medicinaltaxe hält Verfasser für nebensächlich und nicht zutreffend. Dagegen sucht er den Hauptgrund des behaupteten Niederganges in den inneren Verhältnissen des ärztlichen Standes. Er behauptet, die heutigen Leistungen der Aerzte würden nicht mehr, wie früher, mit Künstlerpreisen honorirt, sondern nur noch mit Handwerkerpreisen bezahlt, und zieht daraus den kühnen Schluss, dass die heutige Arbeit der Aerzte auch nur mehr Handwerkerarbeit sei. Dass dies so geworden, dafür beschuldigt Verfasser die heutige Erziehung der Aerzte, welche viel mehr Gewicht auf die wissenschaftliche Ausbildung der Mediciner als auf die Ausübung der ärztlichen Kunst lege. In der weiteren Folge der Schrift werden medicinische Wissenschaft und ärztliche Kunst beständig in Gegensatz gebracht, und vergleicht Verfasser die ärztliche Kunst mit anderen, bildenden Künsten, welcher Vergleich so weit ausgeführt wird, dass der kranke Mensch mit dem Thone des bildenden Künstlers verglichen wird, aus welchem die ärztliche Kunst den gesunden Menschen bilden solle. Ein solches Gegenüberstellen der ärztlichen Wissenschaft und Kunst ist aber meines Erachtens ganz unstatthaft und die Behauptung, dass die ärztliche Wissenschaft zwar in stetigem Fortschreiten, deren Ausübung, die ärztliche Kunst jedoch im Rückgang begriffen sei (p. 15), geradezu unlogisch. Wissenschaft und Kunst können und dürfen nicht in den vom Verfasser beliebten Gegensatz gebracht werden; die ärztliche Kunst ist angewandte Wissenschaft und mit den Fortschritten der medicinischen Wissenschaft wächst unbedingt die ärztliche Kunst. Wenn Wissen „Stückwerk“ ist, so ist auch die darauf aufgebaute Kunst niemals „Ganzwerk“, wie Verfasser behauptet (p. 17). Die Kunst zu heilen, muss sich stets nach den Fortschritten der medicinischen Wissenschaft richten, mit ihr Hand in Hand gehen und thut es auch, so lange wir denken. Später sagt Verfasser selbst wieder, dass der Arzt zur technischen Grundlage die Wissenschaft der Medicin brauche, dass die Berufsthätigkeit jedoch keine Wissenschaft sei, sondern eine Kunstausübung, welche sich auf die medicinische Wissenschaft stützt. Das Gegenüberstellen von Wissenschaft und Kunst ist offenbar zu weit getrieben. Und weiter behauptet Verfasser, „die heutige Erziehung der Aerzte lehre dieselben nur die Technik ihrer Kunst, die Kenntniss des Materiales derselben, und nicht die Kunst selber“. Ich muss offen gestehen, dass mir dieser Satz insoferne unklar geblieben ist, als ich nach demselben nicht mehr weiss, was „die Kunst selber“ ist. Wenn ein Mediciner das Material seiner Kunst, den menschlichen Organismus, genau kennen gelernt hat, wenn er sich dann auch die Technik der Kunst zu heilen angeeignet hat, was fehlt ihm dann noch zur Ausübuug der Kunst? Der hier wieder beliebte Vergleich mit der bildenden Kunst, der Malerei, kann nicht zutreffen, weil das Material der bildenden Kunst ein todtes, das der ärztlichen Kunst ein lebendiges ist, welches nicht nach schablonenhaften Gesetzen behandelt werden kann, wie Farben und Formen.

Dass die Ausbildung der heutigen Mediciner zu wissenschaftlich, zu wenig praktisch technisch sei, ist schon häufig betont worden, und gehen die Bestrebungen nach einer Reform des medicinischen Unterrichtes übereinstimmend dahin, der gründlichen wissenschaftlichen Vorbildung eine längere praktische Uebungszeit folgen zu lassen als bisher, namentlich da durch die Ueberfüllung der dem praktischen Unterrichte dienenden Kliniken die so nothwendige Einzelnausbildung nur sehr mangelhaft erfolgen kann. Daher die Anträge auf Zulegung eines weiteren praktischen Jahres, welches in grösseren Krankenhäusern oder unter der Leitung beschäftigter Aerzte zuzubringen wäre. Dieser Mangel, welcher hauptsächlich auf dem übermässigen Zudrang zum Studium der Medicin beruht, kann, muss und wird beseitigt werden. Dass aber dieser Umstand einen Niedergang des ärztlichen Standes hervorgerufen habe, kann ich nicht zugeben. Wir Alle, die wir jetzt im praktischen Leben stehen, sind auf die gleiche Weise erzogen worden und doch sind auch aus der bisherigen Erziehungsmethode nicht wenige bedeutende Aerzte hervorgegangen. Das Unterrichtssystem unserer Hochschulen hat sich seit Jahrzehnten gewiss nicht zu seinen Ungunsten verändert, in vielen Stücken verbessert, hier kann also die Misère des Standes nicht liegen.

Die Forderungen, wie sie Verfasser auf Seite 25 und 26 an den klinischen Unterricht stellt, sind ideal vollkommen richtig, aber praktisch bei dem grossen Zudrang zum Studium undurchführbar.

Die Folge dieser nach Verfasser unzweckmässigen Ausbildung der heutigen Mediciner ist nach seiner Meinung die, dass das Publicum die Aerzte jetzt geringer taxirt als früher. Diese Schlussfolgerung

[32]) cf. Gerhardt, l. c., p. 51.
[33]) Sphygmograph. Untersuchungen an Geisteskranken. Jena, 1887.
[34]) Münchener Med. Wochenschrift, 1892, No. 6 und 7.

kann ich wieder absolut nicht zugeben, und werde am Schlusse dieser Zeilen versuchen, den wirthschaftlichen Niedergang des ärztlichen Standes auf andere Weise zu erklären. Dass die Leistungen der heutigen Aerzte wirklich minderwerthig geworden seien, kann ich gleichfalls nicht zugeben und bleibt auch Verfasser den Beweis dafür schuldig, indem er dessen Vorbringung nicht für nöthig erklärt (p. 29). Er gibt zu, dass die heutigen Mediciner in Folge der fortschreitenden Wissenschaft mehr gelernt haben, als früher, dass sie aber trotz der umfassenden Beherrschung der wissenschaftlichen Medicin die ärztliche Kunst nicht gelernt haben und überall „tanzen können, nur in Rhodus nicht". Dieser wenig schmeichelhafte Vorwurf für die heutigen Aerzte muss entschieden zurückgewiesen werden; er ist nur entstanden aus dem übertriebenen Gegenüberstellen der medicinischen Wissenschaft und der ärztlichen Kunst, welche doch nur dann prosperiren können, wenn sie Hand in Hand gehen. Auch das Specialistenthum der Neuzeit zieht Verfasser als nachtheilige Folge der nach seiner Ansicht unrichtigen Erziehungsmethode bei. Die Zertheilung der Arbeit ist aber doch nothwendig bedingt durch die Anhäufung von Arbeit und Arbeitsfeldern, wie sie die Fortschritte der Wissenschaft mit sich gebracht. Ein Beherrschen des ganzen Gebietes der heutigen Medicin ist einem Einzelnen einfach nicht mehr möglich. Auch das Ueberwiegen der pathologischen Anatomie wird getadelt und die Therapie sehr pessimistisch geschildert, beides offenbar in zu extremer Weise. Der Einfluss der Bakteriologie auf die heutige Anschauung der Aerzte veranlasst Verfasser zu dem Ausspruch: „Die herrliche Thätigkeit des Arztes erschöpfte sich bei Infectionskrankheiten darin, die Polizei möglichst schnell herbeizurufen, den Kranken schleunigst in Gewahrsam nehmen zu lassen." Das ist doch mindestens eine kolossale Hyperbel, ein Vorwurf, welchen der heutige ärztliche Stand sicher nicht verdient hat; denn ihre Opferwilligkeit bei Epidemien haben die Aerzte heute wie immer auf's Glänzendste bewiesen. Es schmerzt, solches Urtheil aus dem Munde eines Standesgenossen zu hören.

Vollkommen einverstanden bin ich mit den Bemerkungen des Verfassers über die Ueberlassung wichtiger Heilmaassnahmen an Dritte, z. B. die Masseure, welche dadurch grossgezogen und in den Augen des Publikums gleichwerthig gemacht werden.

Dass das Publikum erhöhte Ansprüche an die Aerzte macht, weil letztere übermässige Versprechungen betreffs ihrer Leistungen machen, kann ich nicht zugeben und finde den Vergleich mit einem Flickschuster (p. 37) gelinde gesagt wenig geschmackvoll. Die Grenzen seiner Kunst wird heute, wie früher jeder ehrliche Arzt selbst zu ziehen wissen; Auswüchse giebt es und hat es von jeher gegeben, die giebt es aber in jedem anderen Stande auch und die wird der höchste Idealismus niemals beseitigen. Verfasser weist hier mit Recht auf die gar niemals scharf genug zu verurtheilenden Jünger der Curpfuscher hin, welche allerdings eine Schmach für den ärztlichen Stand bilden, wofür jedoch nicht die heutige Erziehung sondern ganz andere, gleich näher zu bezeichnende Verhältnisse verantwortlich gemacht werden müssen.

Verfasser schliesst seine Schrift mit der Wiederholung des, die ganze Ausführung durchziehenden Gedankens, dass eine Reform der ärztlichen Kunst nothwendig sei, nicht der wissenschaftlichen Medicin, noch weniger des Handwerkes und seiner Bezahlung, und dies sei nur zu erreichen durch eine andere Lehrmethode.

Ich habe in vorstehenden Zeilen die vorliegende Schrift einer vielleicht etwas scharfen Kritik unterzogen; ich fühle mich daher zum Schlusse auch verpflichtet, meine Ansichten über die Ursachen des nicht zu leugnenden materiellen Niederganges des ärztlichen Standes darzulegen. Auch ich bin mit Verfasser der Ansicht, dass weder die socialpolitische Gesetzgebung noch das Specialistenthum oder die Polikliniken denselben verursachen. Ich verneine aber auch, dass die Erziehung der heutigen Aerztegeneration daran Schuld sei. Meiner Ansicht nach sind es zwei Hauptmomente, welche nachtheilig auf die wirthschaftliche und sociale Stellung der Aerzte gewirkt haben und noch wirken. Das eine Moment ist die Ueberfüllung des ärztlichen Standes, der ausserordentliche Zudrang zum medicinischen Studium, der in gar keinem Verhältnisse steht zur Zunahme der Bevölkerung und in seinen Consequenzen allerdings einen manchmal recht unwürdigen und bedauerlichen Kampf um's Dasein unter den Aerzten selbst nach sich zieht, dessen Auswüchse, wie die Coalition von Aerzten mit Pfuschern, nicht scharf genug gebrandmarkt werden können.

Das zweite, wichtigste Moment, wodurch der gesammte ärztliche Stand in seiner socialen Stellung, wie in seinen materiellen Interessen auf's schwerste gefährdet worden ist und noch wird, ist die Gewerbegesetzgebung, die Einreihung der ärztlichen Kunst unter die freien Gewerbe und die damit erfolgte Freigebung der Curpfuscherei. Der ärztliche Stand ist in seiner Qualität gewiss nicht minderwerthig geworden; aber wenn Staat und Gesetzgeber den Arzt auf gleiche Stufe stellen mit jedem unwissenden aber frechen Pfuscher, welchem dasselbe Recht zur Behandlung von Kranken zugesprochen wird, wie dem durch langjähriges Studium auf staatlichen Anstalten herangebildeten Arzte, mit dem ganz unwesentlichen Unterschiede, dass nur der Letztere sich „Arzt" nennen darf, — da muss die grosse Masse des Volkes auf den Gedanken kommen, dass es mit der medicinischen Wissenschaft doch nicht weit her sein könne, wenn Staat und Gesetz jedem Laien dasselbe Recht zur Behandlung von Kranken zusprechen.

Wenn auch entgegnet werden kann, gepfuscht sei von jeher worden, so liegt der Unterschied doch gerade in dem ganz wesentlichen Momente, dass jetzt der Schein der Berechtigung dem Pfuscher zur Seite steht. Und faktisch hat die Curpfuscherei auch noch nie so unverschämt geblüht wie heute und beeinträchtigt ganz entschieden die Gesammtheit der Aerzte nicht nur materiell, sondern schädigt auch entschieden ihr Ansehen in den Augen der grossen Masse.

Das ist die Hauptursache des materiellen Nothstandes der Aerzte, der auch genau von dem Jahre der Freigabe des Heilgewerbes beginnt und weiter zu verfolgen ist. Ich habe seit Jahrzehnten in diesem Sinne geschrieben und gesprochen, habe die grosse Befriedigung, dass die grösste Mehrzahl der deutschen Aerzte jetzt dieser Ansicht beipflichtet und unser Heil nur sieht in der Entfernung der Aerzte aus der Gewerbeordnung und der Schaffung einer deutschen Aerzteordnung, welche zu erreichen den vereinten Bestrebungen der gesammten deutschen Aerztewelt endlich doch gelingen muss.

Hofrath Dr. Brauser.

Sanitäts-Bericht über die kgl. preussische Armee, das XII. (kgl. sächsische) und das XIII. (kgl. württembergische Armeecorps für das Berichtsjahr vom 1. April 1889 bis 31. März 1890, bearbeitet von der Medicinal-Abtheilung des kgl. preussischen Kriegsministeriums.

Der Zugang im Berichtsjahre betrug 375,849 Kranke, die Zahl ist wesentlich höher als in dem vorausgehenden Jahre, ein Umstand, der jedoch lediglich dem Auftreten der Influenza zuzuschreiben ist. Scheidet man die Grippe-Kranken aus der Gesammtzahl, so ist auch im vorliegenden Berichtsjahre eine Abnahme der Kranken zu constatiren.

Der ganze Bericht zerfällt in zwei Theile, von denen sich der erste mit den Gesundheitsverhältnissen der Armee im Allgemeinen, der Casuistik und der Darlegung der sorgsamen Maassnahmen zur Verbesserung hygienischer Verhältnisse in der Armee beschäftigt, während der zweite Theil uns in Tabellenform Bewegung im Kranken-Zu- und Abgang, Ursachen der Dienstunbrauchbarkeit, der Invalidität und des Todes der Mannschaften vor Augen führt.

Bei Lectüre der Fülle von interessanten Einzelnheiten des ersten Theiles muthet insbesondere die strenge Objectivität an, mit welcher sämmtliche Fälle dargestellt sind.

Grössere Typhusepidemien kamen in Weissfels und Hagenau vor. Von letzterem Orte wurde der Typhus nach Karlsruhe, Rastatt, Neubreisach und Strassburg verbreitet, überall grössere Epidemien erzeugend.

Mit mehr oder minder Glück gelang es den Beobachtern in überwiegender Anzahl bei der Verbreitung des Typhus dem Trinkwasser maassgebende Bedeutung zuzuschreiben.

An Influenza erkrankten 45562 Mann, d. i. 108 pro mille der Kopfstärke.

Bei den Krankheiten des Nervensystems fällt bei der Unterart Starrkrampf auf, dass unter 5 Fällen dieser Art, 3 durch Schuss mit Platzpatronen erzeugt wurden.

Von hysterischen Affectionen verschiedener Art wird mehrfach berichtet. Die steigende Aufmerksamkeit, welche sich gerade diesem Gebiete krankhafter Störungen zuwendet, fördert immer mehr Beobachtungen über das Vorkommen derselben in der Armee zu Tage und es ist nicht unwahrscheinlich, dass dieselben eine noch grössere Rolle spielen, als es bis jetzt aus den Berichten hervorgeht.

Die Zahl der an Lungenschwindsucht Erkrankten ist offenbar in Folge der Grippe, welche Neigung zu tuberculösen Erkrankungen hinterlässt, um ein geringes gestiegen. Erfreulich aber ist es, dass trotz der höheren Krankenzahl die Ziffer der Todesfälle abgenommen hat; dieselbe war im Durchschnitt der 10 Jahre 1879/1889 0,64 pro mille und sank im Jahre 1889/90 auf 0,51 pro mille der Kopfstärke.

Die Beschreibung mehrerer Fälle von inneren Einklemmungen macht auch die Lectüre des sonst wenig anziehenden Kapitels der Erkrankung der Ernährungsorgane sehr interessant.

Als Unicum dürfte ein Fall von Zwerchfellsbruch, hervorgerufen durch eine Stichverletzung, sein, welche ein Soldat 2 Jahre vor seinem Eintritte erlitten hat. Der Mann machte trotz ausgedehnter Lagerung von Baucheingeweiden in die Brusthöhle monatelang allen Dienst ohne Unterbrechung.

Augenkranke wurden 11077, Ohrenkranke 8731 behandelt.

Die Gruppe der mechanischen Verletzungen weist 73216 Kranke auf, darunter 1297 Knochenbrüche. 14923 Verstauchungen, 455 Verrenkungen. (Bei den 41 Handgelenkluxationen dürfte doch manche Collis'sche Fractur mitgerechnet sein.)

Schussverletzungen kamen 299 zur Beobachtung, darunter

104	mit scharfen Patronen (Gewehr und Karabiner)		
49	Hals- und Kopfschüsse hatten eine Mortalität von	87	Proc.
32	Brustschüsse „ „ „ „	81	„
6	Bauchschüsse „ „ „ „	16	„
17	Schüsse der Gliedmassen mit	0	„

Mortalität.

Eine Laparatomie wurde bei keinem der Bauchverletzten gemacht, wäre auch nach dem vorliegenden Leichenbefund aussichtslos gewesen.

Die Operationstabelle weist 255 Operationen auf, darunter 109 Thoracocenthesen, ferner 7 Trepanationen, je 2 Laparatomien bei Darmverschluss und Blinddarmentzündung, 10 Resectionen, 39 Amputationen, 3 Exarticulationen.

Der vorliegende Bericht zählt zu den schönsten und reichhaltigsten der bisher erschienenen und ist ihm die weitgehendste Verbreitung zu wünschen. Seydel-München.

Ernst Fleischl v. Marxow: Gesammelte Abhandlungen. Mit einem Portrait des Verfassers und einer biographischen Skizze von Prof. S. Exner, herausgegeben von Dr. O. Fleischl v. Marxow. Leipzig, J. A. Barth, 1893.

Dass der Beruf des praktischen Arztes von mannigfachen Gefahren umringt ist, wird allgemein anerkannt und findet in den hohen Versicherungsprämien praktischen Ausdruck. Wenig beachtet wird aber, dass auch die wissenschaftliche Thätigkeit im Gebiete der Medicin zahlreiche Opfer fordert. Besondere Tragik erhält ein solches Geschick, wenn es ein Leben vernichtet, welches nicht nur bereits reiche Früchte getragen hat, sondern zu noch grösseren Erwartungen berechtigte. Ernst v. Fleischl ist im Alter von 45 Jahren einer Infection erlegen, welche er sich mit 25 Jahren zugezogen hatte; durch 20 Jahre, zuletzt unter unsäglichen Schmerzen, hat er mit diesem heimtückischen Feinde gerungen. In diese Zeit fallen die zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten, welche in dem vorliegenden stattlichen und trefflich ausgestatteten Bande vereinigt sind. Nicht wieder abgedruckt sind einige umfangreichere Publicationen des Verfassers, sowie Schriften polemischen und philosophischen Inhalts. Der Band enthält Abhandlungen aus den Gebieten der Physik, der Anatomie und Physiologie, welche zum Theil einzelne, mehr detaillirte Punkte erörtern und richtigstellen, vielfach aber sich mit weitausgreifenden und grundlegenden Fragen beschäftigen. Namentlich müssen die Untersuchungen aus dem Gebiete der Optik, sowie die Studien über Nervenerregung als besonders wichtige und dauernd werthvolle Beiträge bezeichnet werden. Näher auf den Inhalt der einzelnen Abhandlungen einzugehen ist hier nicht möglich; hervorgehoben muss aber werden die überaus lebendige, lichtvolle Darstellung, welche ihnen sämmtlich in hohem Grade eigen ist und ihnen neben ihrer wissenschaftlichen Bedeutung einen nicht geringen persönlichen, wenn man will künstlerischen Reiz verleiht. Daher springt das Bild des Autors, deutlicher als man es bei Schriften rein wissenschaftlichen Inhalts erwarten sollte, überall zwischen den Zeilen hervor und der aufmerksame Leser wird ermessen können, wie fesselnd der Verkehr mit einer Persönlichkeit war, welche vielseitigste Kenntnisse, bewegliches Interesse, feuriges Erfassen, Schärfe und Gewandtheit des Ausdrucks verband. Wie hoch neben den Vorzügen seines Geistes auch die des Herzens von seinen Freunden geschätzt wurden, bezeugt am besten die warmempfundene Stimmung des kurzen Lebensabrisses, welchen S. Exner dem Bande vorausschickt.

M. v. Frey.

Neueste Archive und Zeitschriften.

Centralblatt für Gynäkologie. 1894. No. 16.

J. Pfannenstiel: **Nochmals über die Gefährlichkeit der intrauterinen Glycerineinspritzung behufs Einleitung der künstlichen Frühgeburt.**

Pf. hält die von ihm der Pelzer-Frank'schen Methode gemachten Vorwürfe aufrecht, betont nochmals, dass das Glycerin ein schweres Blutgift ist, das bei Anwendung in gedachtem Sinne eine Intoxication bewirken kann, die sich besonders als Hämoglobinurie und Nephritis kundgibt und bei Schwangeren besonders bei Nieren-nichtgesunden bedenklich werden kann. Pf. belegt weiter sein Urtheil durch Erfahrungen von Mikulicz, welcher nach Injectionen von Jodoformglycerin (in ausgekratzte Abscesshöhlen etc.) Hämoglobinurie und acute parenchymatöse Nephritis auftreten sah. Aus diesen Gründen bleibt Pf. dabei, die Methode zu verwerfen, wenn er auch zugibt, dass derselben der Vortheil meist rascher Wirkung zukommt. Die Herabsetzung der zu verwendenden Menge Glycerin bis zu nicht mehr toxischen Dosen dürfte daran scheitern, dass der Effect auf die Wehenthätigkeit mit der injicirten Menge ziemlich Schritt hält. Schliesslich erwähnt Verf. kurz die Methoden und Erfolge an der Breslauer Frauenklinik bei Einleitung der künstlichen Frühgeburt und findet in der Bougirung (2—3 Bougies) eventuell Cervixkolpeuryse Methoden, welche, wenn sie auch nicht als ideal zu bezeichnen sind, sowohl was ihre Wirkung als was ihre Gefahrlosigkeit betrifft, zur Zeit als befriedigend und vorziehbar erscheinen. Eisenhart-München.

Vereins- und Congress-Berichte.

XI. internationaler medicinischer Congress

zu Rom vom 29. März bis 5. April 1894.

(Originalbericht.)

IV.

IV. Allgemeine Sitzung am 4. April 1894.

Prof. **J. B. Stokvis**-Amsterdam: **Die Chemie in ihrer Beziehung zu Pharmacotherapie und Materia medica.**

Der gegenwärtige Fortschritt der Chemie, insbesonders die Entwickelung ihres jüngsten Zweiges, nämlich der theoretischen Chemie, ist von grösster Bedeutung für die Pharmacotherapie. Die Forschungen von Raoul Pictet und anderen bedeutenden Chemikern haben zweifellos dargethan, dass zwei der unentbehrlichsten Bedingungen des Lebens: die Wärme und das Wasser auch für jede chemische Action conditio sine qua non sind.

Das Leben ist kein blosser chemischer Vorgang, die chemische Thätigkeit ist ihrerseits selbst eine Art moleculären Lebens.

Die Wirkung unmessbar kleiner Mengen von Arznei- und Giftstoffen auf das Leben der Zelle, die Thatsache, dass die verschiedenen Zellen eines lebenden Organismus sich verschiedenartig einer bestimmten chemischen Substanz gegenüber verhalten, der Umstand, dass vollständig unlösliche Stoffe einen Einfluss auf den Organismus ausüben, dass ein und dieselbe Substanz je nach der angewandten Menge reizend oder lähmend wirken kann, endlich dass die neutralen Lösungen irgend eines Salzes (z. B. Jodür und Bromür) Wirkungen hervorrufen, die anscheinend den frei werdenden Molecülen (Jod, Brom) zuzuschreiben sind, all diese Erscheinungen wurden bis jetzt fast immer mit Zuhilfenahme der Theorie von der „Lebenskraft" zu erklären versucht.

Die theoretische Chemie gibt uns Rechenschaft über all diese Erscheinungen, indem sie einerseits zeigt, dass derartige Naturerscheinungen auch in der anorganischen Chemie sich wiederfinden, überall da wo es sich um Lösungen handelt, anderseits uns Kenntniss davon gibt, dass die Lösung irgend welcher Substanz stets chemische, in Thätigkeit befindliche Molecüle darstellt, die im Verhältniss zu ihrem Moleculargewicht mit kinetischer, osmotischer oder elektrolytischer Kraft ausgerüstet sind. Diese Theorie erklärt in genügender Weise nicht nur die Wirkung abführender und harntreibender Salze, sondern lehrt uns auch, dass die sogenannte katalytische oder fermentative Wirkung ins Bereich der anorganischen Chemie gehört.

Die systematische Anwendung neuer Forschungsmethoden verspricht uns noch viele Aufschlüsse über die physiologische Wirkung der Arzneien.

Für die Arzneimittellehre — Materia medica — hat die Chemie nicht geringere Bedeutung. — Was die Alkaloide und andere aus Pflanzen gewonnene chemische Körper anlangt, so darf man sich nicht allzusehr auf die Thatsache der Krystallisation, wie wir sie im Bereiche der anorganischen Chemie wiederfinden, berufen. Es ist nämlich irrthümlich zu glauben, dass die Krystallisation schon ein genügender Beweis für die

Reinheit eines Körpers sei. Verharrt man auf dieser irrthümlichen Anschauung und übersieht man die Thatsache, dass zwei gleichzeitig angewandte Substanzen physiologisch und therapeutisch ganz anders wirken, als wenn sie einzeln angewandt werden, so spricht sich die „dosimetrische Medicin" ihr Urtheil selbst. Bei dieser Gelegenheit muss auch auf die dringende Nothwendigkeit hingewiesen werden, dass die gebildeten Länder sich einmal einigen möchten über die Art und Weise, wie man die chemische Identität jener Producte, die den gleichen Namen haben, feststellen soll.

Dadurch, dass uns die Chemie die Zusammensetzung neuer Alcaloide und anderer neuer chemischer Körper, die unseren Vorfahren noch unbekannt war, kennen lehrte, hat sie der Arzneimittellehre unschätzbare Dienste geleistet; ihr verdanken wir unsere Anaesthetica, Antiseptica, Hypnotica und Antipyretica. Aber hier liegen auch die Schattenseiten. Unbarmherzig vergrössern die chemischen Fabriken täglich den ohnedies schon überbürdeten Arzneischatz, und sie thun dies mit dem Aufgebot der geräuschvollsten Reclame. Hierdurch werden die Interessen der Therapeutik geschädigt; denn nicht nur den Aerzten werden die neuen Mittel angeboten, sondern dem Publicum überhaupt. Wäre dem nicht so, warum würde man dann fascinirende Namen wählen, die als Lockmittel für das Publicum dienen, Namen wie Antinervin, Antiphthisin, Antirheumatin, und, das bezeichnendste von allen, Migränin? St. erkennt die Schwierigkeit einer geeigneten Namengebung völlig an, da die chemische Bezeichnung oft nur bei besonderer Zungenfertigkeit ausgesprochen werden kann, bedauert jedoch, dass man die alte Methode, welche den Namen von dem Ursprung hergenommen hat, verlassen habe. Ausser der Chemie stellt jetzt auch die Bacteriologie und die Biologie den Aerzten Arzneimittel zur Verfügung, die aus Bacterien-Culturen oder aus thierischen Substanzen gewonnen sind; das ist ihre Pflicht; unsere Pflicht aber ist, eine entschiedene Stellung diesen Neuheiten gegenüber einzunehmen und diejenigen offen zu bekämpfen, die wir nicht billigen oder nicht verstehen können. Die Wissenschaft lehrt, dass genaue Prüfung und längere Beobachtungsdauer dazu gehört, um ein endgiltiges Urtheil über ein Heilmittel fällen zu können. Nur in Folge oberflächlicher oder fehlerhafter Beobachtungen wurden viele dieser Mittel empfohlen. Man darf weder alte Mittel aus dem blossen Grunde verwerfen, weil sie sich überlebt hätten, noch neue desshalb annehmen, weil sie modern sind. Man hüte sich von dem alten Celsus'schen Satze: „In ancipite morbo plus valet anceps remedium quam nullum" sich hinreissen zu lassen: man muss bei Anwendung von Arzneimitteln stets die nöthige Vorsicht obwalten lassen und vergesse nie, dass ein und dasselbe Medikament bei verschiedener Dosirung und verschiedener Anwendungsweise auch verschiedene therapeutische Wirkung haben kann. Spaet.

Jacobi-New-York: Non nocere.

Einleitend weist Redner darauf hin, wie der ärztliche Stand in verschiedener Weise Schaden erleidet: durch die übergrosse Zahl von Specialisten, welche nicht genügend allgemein und praktisch gebildet sind, durch die überflüssige Bescheidenheit einiger Aerzte, welche diesen sog. Specialisten Fälle überweisen und so das Publikum gleichsam dazu erziehen die Empirie der wahren Wissenschaft vorzuziehen; durch die allmählich zur Ueberzeugung werdende Ansicht, dass die fertigen fabrikmässig hergestellten Arzneien jenen der alten Pharmakopoe vorzuziehen seien, und schliesslich durch die Neigung, auch in der Therapie der Mode zu folgen (Tuberculin, Elixir). Die Ursache von All' dem liegt in dem Wunsche, bestens zu helfen, und dieser erklärt auch die Hast, mit welcher man sich der neuen Producte der organischen Chemie, die leider in zu grosser Menge hergestellt werden, bemächtigt. Der Vorwurf, den man der medicinischen Wissenschaft macht: Uebertreibung im Operiren und Medicinirен, ist sicherlich nicht ganz grundlos. Aber die Darreichung von Medicinen in ungenügender Menge schadet gewiss mehr als in zu grossen Quantitäten.

Die sog. exspectative Methode ist oft ein ausserordentlich gefahrbringender Beweis von Gleichgültigkeit oder Unwissenheit. Auf gleicher Stufe mit überflüssiger oder ungenügender Medicinirung steht die überflüssige oder ungenügende Ernährung.

Der Milchzucker, als ausschliessliche Nahrung dem Kinde gereicht, ist ihm nur schädlich.

Die Kuhmilch kann, auch sterilisirt, nicht die physiologischen Eigenschaften der Frauenmilch annehmen und ist nicht die geeignete Nahrung für die Kinder. Die Asphyxie der Neugeborenen bedroht in hohem Grade für immer das physische und psychische Wohl und benöthigt daher rasches Eingreifen des Arztes: in solchen Fällen darf die Behandlung vermittelst Elektricität nur mit Sorgfalt und den nöthigen Unterbrechungen geschehen.

Bei einer gewissen Art von Verstopfung (auch vorkommend wenn die Brust gereicht wird) liegt die Ursache in der Länge und Krümmung des S. Romanum der Neugeborenen und Kinder; in solchen Fällen darf man kein Laxans geben, sondern tägliche Clystiere, bis nach 5 oder 6 Jahren ein normaler Zustand eingetreten ist. Verderblich ist die Tracheotomie bei Diphtherie, ausser wenn das Kind ein gewisses Alter erreicht hat und geduldiger ist. Die Halsstarrigkeit der Kinder und die Versuche, welche man macht, dieselbe zu überwinden, verursachen Erschöpfungszustände, Herzlähmung und Tod. Die Nasendiphtherie erfordert häufige Injectionen, die Halsdrüsen werden, wenn ergriffen, ausgiebig eröffnet und antiseptisch behandelt.

Jacobi hebt auch als schädlich für die medicinische Wissenschaft hervor, dass bei den internationalen Congressen die gesellschaftlichen Elemente immer mehr über den wirklich wissenschaftlichen überwiegen.

Kocher-Bern: Die Verbesserung der Geschosse vom humanitären Standpunkt aus.

Trotz der Fortschritte. die allerwegen auf dem Felde des geistigen Kampfes gemacht werden, stehen doch noch immer an erster Stelle diejenigen Nationen, welche die Waffen zu führen verstehen und bereit sind, ihr Hab und Gut und ihr Blut für die Freiheit, Wahrheit und Gerechtigkeit zu opfern. In Folge der allgemeinen Wehrpflicht ist das Interesse an den unvermeidlichen Folgen des Krieges ein universelles, und Frauen- und Samaritervereine, an erster Stelle das rothe Kreuz, wetteifern, die Schmerzen der Kämpfer zu lindern.

Doch wozu nützt das Alles, wenn die neuen Feuerwaffen solche Zerstörung anrichten, so viele Leben vernichten, während sie doch nur die Fähigkeit, Krieg zu führen, für einige Zeit benehmen sollten, und die Menschen verunstalten und zu Krüppel machen, während sie doch nur tödten sollten! Die modernen Gewehre entsprechen nicht ihrem Zwecke oder gehen vielmehr darüber hinaus, sie zerfetzen und zerstören die Gewebe des Körpers, bringen den Kranken in Lebensgefahr durch Verletzung auch weniger wichtiger Organe und erschweren oder verhindern völlig die Wiederherstellung normaler Functionen. Die Gewehre sind wahre Explosionswaffen geworden, welche doch durch internationale Verträge verboten sind.

Um den Schaden ausgleichen oder heilen zu können, muss man die Wirkung eines Explosivgeschosses wohl kennen; auf Grund eines zwanzigjährigen Studiums kam Kocher zu folgenden Ergebnissen.

Die Wirkung eines Geschosses ist verschieden je nach dem Punkt, welchen es trifft; für den menschlichen Körper ist es angezeigt, wenigstens 3 Kategorien zu unterscheiden: die der elastischen Gewebe, der an Flüssigkeit reicheren und der starren Gewebe. An elastischen Körpern kommt keine, wenigstens primäre, Explosivwirkung zu Stande, auch nicht mit den neuesten Gewehren. Die zuweilen durch einen Schuss bewirkten argen Verletzungen der Haut sind Folge der Explosionen in den tiefer liegenden Theilen (Knochen, Muskeln); fehlen diese, so ist auch von ersteren keine Rede. Die Explosivwirkung zeigt sich evident in jenen Geweben, welche Flüssigkeiten enthalten, und natürlich in vermehrtem Grade in den besonders wasserreichen. Die Wirkung des hydrostatischen Druckes kann man an Blechgefässen zeigen, welche leer oder gefüllt sind mit mehr oder weniger wasserreichen Substanzen. Man erkennt grosse Verschiedenheiten in der Wirkung, wenn man ein Blech-

gefäss mit trockenem oder feuchtem Pferdefleisch füllt, mit trockener oder feuchter Baumwolle oder Sägespähnen. Der Vortragende demonstrirt nun den Effect von Explosionsgeschossen an jungem Knochengewebe, an Eingeweidedrüsen und an Muskeln.

Der Grad der Explosion nimmt allmählich zu mit der Zunahme der Geschwindigkeit. Das Wesen der Explosion kann man nur verstehen, wenn man sie an festen Körpern studirt. Dazu dient eine Steinplatte, an welcher man demonstriren kann, dass der von dem Geschosse auf den getroffenen Punkt ausgeübte Druck sich mit grosser Intensität weiter fortpflanzt. Sehr gut kann man den Unterschied zwischen einfacher Durchlöcherung und wirklicher Zersplitterung an Glasplatten zeigen und zwar wenn das Geschoss eine gewisse Geschwindigkeit hat, indem mit Zunahme derselben das kleine runde Loch sich in zahlreiche Sprünge verwandelt. Am besten ist man im Stande, die vollkommene Analogie der trockenen Explosion mit dem hydrodynamischen — nicht hydrostatischen — Druck an Blechgefässen zu zeigen, welche mit Schrotkörnern oder Marmorstückchen angefüllt sind. Die Frage, was das Wesen der Explosion ist, hat also Kocher mit der Bestimmung der Geschwindigkeit des Geschosses beantworten können, welches auf verschiedene Gegenstände und auch auf den menschlichen Körper gerichtet wird: bei sehr grosser Geschwindigkeit geht mehr lebendige Kraft verloren wie bei sehr geringer. Durch Messungen kann man feststellen, dass der Verlust an Geschwindigkeit und lebendiger Kraft bei Geschossen weiten Calibers grösser ist; und desshalb wird bei diesen die Zerstörung (Gewebszerreissung) eine grössere sein.

Es ergeben sich aus dem Gesagten folgende Schlüsse, um die Geschosse vom humanitären Standpunkte aus zu verbessern:

1) Die Ursache der Zerstörung kann nicht vermieden werden, da sie von der Zunahme der Geschwindigkeit abhängt.

2) Man muss daher versuchen, den Grad der nachfolgenden Zerstörung zu modificiren,

3) und die getroffene Oberfläche verkleinern dadurch, dass das Kaliber des Geschosses verkleinert (auf 5—6 mm), besonders das vordere Ende desselben spitz gemacht, um das Eindringen zu erleichtern, und die Rotation vermehrt wird, um queres Eindringen zu verhindern. Weitere Versuche werden ergeben, dass man, um das Problem vom humanitären Standpunkt aus zu lösen, zu ganz kleinen Geschossen von Kupfer oder sog. Mantelgeschossen mit Stahlspitze greifen muss.

Die bis jetzt mit dem Mantelgeschoss erzielten Resultate ermuntern, auf dem betretenen Weg weiter zu fahren, da man damit 1) keine Zerreissung von Muskeln und Lunge beobachtet, 2) die Fractur der Knochen an Extension und Intensität so begrenzt wird, dass nach den Untersuchungen von Coler und Schjerning bei 200 m Entfernung die Ausschussöffnung 2—3 cm beträgt, während sie früher 7—13 cm betrug. Einer der besten Fortschritte im Interesse der Heilung ist die Verkleinerung der Hautöffnung, da dann auch ohne jegliche Behandlung die Wunde aseptisch bleibt und die Heilung ohne Complicationen erfolgt. Unvermeidlich bleibt jedoch in zweiter Linie die Extraction grosser Knochensplitter, wie natürlich auch die Behandlung innerer Organe (Gehirn, Herz und anderer Eingeweide). Leider werden auch in einem künftigen Kriege die Soldaten der ersten Reihen ihr Leben auf dem Schlachtfelde lassen müssen, als Opfer der neuen Waffentechnik; aber, so schliesst der Vortragende, über der grossen Masse unserer jungen Krieger wird eine neue Pallas Athene, bewaffnet mit dem Schilde des rothen Kreuzes, ihre schützende Hand ausbreiten.

St.

Hiermit war das Programm der allgemeinen Sitzungen erschöpft. Der officielle Schluss des Congresses wurde in einer besonderen Sitzung am Donnerstag den 5. April in feierlicher Weise vorgenommen. Der nächste Congress soll, wie hier bestimmt wurde, in Russland stattfinden, wobei die Wahl der Congressstadt dem russischen Organisationscomité überlassen bleibt.

Es erübrigen nun noch einige Worte über das Vergnügungsprogramm und über den allgemeinen Verlauf des Congresses. Die Veranstaltungen des ersteren sind von der Tagespresse bereits so ausführlich geschildert worden, dass wir uns darauf beschränken können, der Vollständigkeit halber nur kurz an die grossartigsten Feste, die zu Ehren des Congresses gegeben wurden, zu erinnern, an die Beleuchtung des Palatin und seiner Umgebung, an den Empfang auf dem Capitol, an das Frühstück in den Thermen des Caracalla. Besondere Erwähnung verdient das vom italienischen Königspaar gegebene Gartenfest in den Gärten des Quirinal, das durch die Schönheit der Umgebung, durch die Liebenswürdigkeit der hohen Festgeber, nicht zum wenigsten aber auch dadurch, dass es die einzige in jeder Beziehung gelungene, nicht durch Ueberfüllung gestörte und ohne Missklang verlaufene Veranstaltung des Congresses war, bei allen Theilnehmern einen unvergesslichen Eindruck hinterlassen musste.

Was nun den allgemeinen Verlauf des Congresses betrifft, so beabsichtigen wir nicht, in den, man muss leider sagen allgemeinen Chorus einzustimmen, der über den Congress in der schärfsten Weise abspricht und, mitunter, eine Kritik übt, die ebenso sehr das Maass des sachlich Begründeten wie des formell Geziemenden überschreitet.

Es ist richtig, dass die Organisation des Congresses Vieles zu wünschen übrig liess — gegen Erwarten, denn die rege Thätigkeit, welche das Organisationscomité vor dem Congress Monate hindurch entfaltete, liess eine sorgfältigere Vorbereitung vermuthen. Aber gerade für die empfindlichsten Mängel der Organisation lassen sich genügende Entschuldigungsgründe geltend machen, so dass doch die bona fides des Comités nicht angezweifelt zu werden braucht. Wenn in einem angesehenen deutschen Fachblatte dem Comité geradezu Schwindeleien vorgeworfen werden, wenn als Ergebniss der Congresswoche bezeichnet wird „ein Gefühl der tiefsten Empörung darüber, dass man es gewagt hat, tausende von Männern der Wissenschaft, die man mit einem bombastischen Wulst von Versprechungen nach Rom gelockt, in dieser schmählichen Weise zu hintergehen", so bestreiten wir, dass diese Art der Kritik von der Mehrzahl der Congressbesucher getheilt und gebilligt wird. Dass ein Gefühl der Unzufriedenheit sehr allgemein war, soll damit allerdings nicht in Abrede gestellt werden.

Die Hauptursache der Unzulänglichkeit und oft des völligen Zusammenbruchs der Maassnahmen des Comités war der enorme, in dieser Höhe kaum vorauszusehende Zudrang zum Congress. Man hatte, um den Vergleich Helmholtz's zu gebrauchen, die Thüren weit aufgemacht und Jeden als Theilnehmer zugelassen, der den vorschriftsmässigen Beitrag bezahlte. Aber haben nicht auch bei früheren Congressen schon Nichtärzte leicht Zutritt erlangen können und ist der gleiche Modus nicht bei unseren Naturforscherversammlungen seit Jahren üblich? Dass diese allerdings zu weit gehende Liberalität in Rom ad absurdum geführt wurde, daran trägt nicht so sehr das Comité die Schuld, als der Umstand, dass für Tausende der in Rom anwesenden Fremden, der Congress eine Sehenswürdigkeit war, die man mitgemacht haben musste. So schwoll durch den massenhaften Zudrang von Elementen, die mit der Medicin nicht das Mindeste zu thun hatten, die Präsensziffer zu einer ungemessenen Höhe an und aus dieser Ueberfüllung erklären sich denn auch die meisten Fehler und Unzuträglichkeiten, besonders bei der Vertheilung der Eintrittskarten zu den Festlichkeiten, die dem Comité so sehr zum Vorwurf gemacht werden.

Allerdings nicht alle; es bleibt noch mancher wunde Punkt, der mit diesem Grundübel nicht direct zusammenhängt und böses Blut bei den Theilnehmern gemacht hat. Dass man das Tageblatt des Congresses alltäglich käuflich erwerben musste, widersprach zu sehr der Tradition, als dass es nicht, trotz der Geringfügigkeit der Summe, zu fortwährendem Aergerniss Veranlassung gegeben hätte. Dass kein Ausstellungscatalog existirte, dass der angekündigte Führer von Rom erst in den letzten Tagen des Congresses erschien, dann aber von geradezu be-

schämender Aermlichkeit war, dass keine bequeme und billige Verbindung der sehr entlegenen Congresslocalitäten mit der Stadt eingerichtet war, all dies und Anderes gab zu heftigen Klagen Anlass, deren Berechtigung nicht bestritten werden kann.

Allein dies Alles sind Aeusserlichkeiten, die dem wahren Erfolg des Congresses — und dieser beruht doch auf seiner wissenschaftlichen Arbeit, nicht auf dem Gelingen oder Nichtgelingen seiner Festivitäten — keinen Abbruch thun konnten.

Wie steht es nun mit der wissenschaftlichen Arbeit, die der Congress geleistet hat? Auch hier hat das Zuviel geschadet. Ein Programm von über 2000 angemeldeten Vorträgen, die in wenigen Sitzungen bewältigt werden sollten, ist ein Unding; es ist auch von vornherein klar, dass eine solche Unzahl von Vorträgen viel Mittelmässiges in sich schliessen muss. Allein das Comité hat keine Befugniss hier eine Auswahl zu treffen; Jeder hat vor dem Congress das gleiche Recht, ebenfalls ein Zustand, dessen absurde Consequenzen dargethan zu haben, ein Verdienst dieses Congresses ist. Ist somit für die Ueberbürdung der Sectionen mit einem Ballast zum Theil minderwerthiger Vorträge das Comité nicht verantwortlich zu machen, so hätte dasselbe doch um so eher von einer Ausdehnung des Programmes der allgemeinen Sitzungen, wie sie in Rom beliebt wurde, Abstand nehmen können; neben den langdauernden Sectionssitzungen noch tägliche allgemeine Sitzungen, das war selbst den Fleissigsten des Guten zu viel.

Sitz des Congresses war, wie erwähnt, das sogenannte Policlinico, eine vor der Porta Pia gelegene, grossartig gedachte, aber erst zum kleinsten Theile fertiggestellte Krankenhausanlage, die bestimmt ist sämmtliche Kliniken Roms in sich zu vereinigen. Die Anlage, im Pavillionstyl geplant, erinnert an Eppendorf, dürfte aber nach ihrer Vollendung dieses an Ausdehnung noch übertreffen. Die in diesen Gebäuden für die Sectionssitzungen zur Verfügung gestellten Localitäten entsprachen allen Anforderungen; sie waren zwar schmucklos, aber geräumig, hell, von genügender Akustik; man würde sich in Berlin vor 4 Jahren glücklich geschätzt haben, solche Sectionsräume zu besitzen.

Der Besuch der Sectionen stach zwar begreiflicherweise etwas ab von dem erdrückenden Gedränge, das fast alle festlichen Veranstaltungen des Congresses ungeniessbar machte, er war jedoch sehr gut: überall zahlreiche Corona, lebhafte Betheiligung an den Discussionen, die sich oft zu sehr interessanten, wirklich internationalen Auseinandersetzungen über wichtige Fragen gestalteten, neben manchen Vorträgen, die besser ungehalten geblieben wären, viele von gediegenem Inhalt. Den Werth des in den Sectionen Geleisteten zu beurtheilen, ist jetzt natürlich noch ganz unmöglich, es ist jedoch hinter dem Werke anderer Congresse kaum wesentlich zurückgeblieben.

Rechnet man zu dem Guten, was der Congress nach dieser Richtung hin bot, die Fülle grosser, schöner und erhebender Eindrücke, welche die Stadt und ihre Umgebung, ihre Sammlungen, ihre Architektur, ihre Gärten und ihr Himmel, hervorbrachten, Eindrücke, neben denen auch die gelungensten Nummern eines Vergnügungsprogrammes unbedeutend und werthlos erscheinen, so gelangen wir zu einer wesentlich milderen und freundlicheren Beurtheilung des Congresses, als dies in vielen Berichten der Fachpresse der Fall ist, Berichten, von denen mancher unter dem frischen Eindrucke einer gehabten Verdriesslichkeit oder einer vermeintlichen Zurücksetzung niedergeschrieben sein mag. Manches dieser herben Urtheile würde vielleicht maassvoller lauten, wenn es heute abgegeben würde. Und so glauben wir, dass auch in der Geschichte, die nur die grossen Züge bewahrt, kleines Detailwerk aber, so sehr dasselbe auch Anfangs störend hervortrat, der Vergessenheit übergibt, der XI. internationale medicinische Congress in Rom einen ehrenvollen Platz einnehmen wird.

Section für interne Medicin.

(Referent: Dr. F. Lacher.)

(Schluss.)

Sitzung vom 4. April 1894.

Vorsitzende: Levaschew-Kasan, Cardarelli-Neapel, Lépine-Lyon.

Treille-Algier: **Fièvre à sulfate de Quinine.**

Vortragender hat von den verschiedenen Formen des Malariafiebers eine bestimmte Form, die er Fièvre à sulfate de Quinine nennt, unterschieden. Dieselbe kommt in Algier in der Zeit von Mitte August bis September vor, wird während der Nacht acquirirt und hat einen quotidianen Typus, durch eine einzige Dosis Chinin. sulf. lässt sich dieselbe unterdrücken. Tr. stellt folgende Formel dafür auf (1 + 5 + 1'), wobei 1 der Tag der Chinindarreichung, 5 die affebrile Periode und 1' der Tag des ersten Rückfalls ist. Fieber, welche länger als 5 Tage der Wirkung des Chinins widerstehen, sind nach seiner Ansicht nicht malarischen Ursprungs.

De Rocha-Coimbra spricht über seine Erfahrungen bei der Malaria in Portugal und gibt 15 Tage hinter einander täglich Dosen von 1 g Chinin sulf. in frischen Fällen, in veralteten Fällen dagegen muss die Behandlung individualisirt werden.

Wide-Stockholm: **Entwicklung und Verwendbarkeit der schwedischen Heilgymnastik.**

W. berichtet über die Art und Weise, wie die schwedische Heilgymnastik in Schweden selbst gelehrt und geübt wird, die Vorbedingungen zu deren Erlernung und die damit erzielten Erfolge.

Kellgren-London: **Manuelle Behandlungsmethode.**

Es bestehen falsche Ansichten über das Wesen der manuellen Behandlung, dieselbe ist nicht identisch mit Massage, letztere bildet vielmehr nur einen kleinen Theil des Ling'schen Systems. Man braucht lange Uebung zu deren Erlernung und Kenntniss der Anatomie und Physiologie, sowie eine weiche und geschmeidige Hand. Durch theoretisches Lernen allein lässt sich die Methode nicht erfassen. Der Arzt muss die Ausübung derselben in die Hand nehmen, er allein kann damit etwas erreichen.

Mordhorst-Wiesbaden empfiehlt die schwedische Heilgymnastik bei allen Krankheiten mit trägem Stoffwechsel, bei Muskelschwäche, Fettsucht, gichtischen Affectionen der Muskeln, Sehnen etc. und rühmt die damit in Verbindung mit der Wiesbadener Cur erzielten Erfolge.

Carmona y Valle-Madrid: **Incoordination der Bewegungen bei der Tabes dorsalis.**

Der Zerstörungsprocess in den Hinterhörnern erstreckt sich nicht gleichmässig auf alle Nervenfasern. Dadurch erklären sich einerseits die verschiedenen Störungen der Sensibilität und andererseits die Incoordination der Bewegungen, indem die Erkrankung der Nervenfaser eine Veränderung der Muskelbündel im Gefolge hat. Durch Sklerose der Vorder- und Hinterstränge werden die Sehnenreflexe erhöht, die Muskeln contracturirt, die Bewegungen kurz und beschränkt, durch Sklerose der Hinterhörner dagegen die Sehnenreflexe aufgehoben, die Muskeln erschlafft, die Bewegungen vermehrt. C. vergleicht die Action der Muskel und Nerven mit den verstimmten Saiten eines Instrumentes, die selbst bei richtigem Anschlag einen falschen Accord geben.

Jendrassik-Budapest: **Die Localisation der Reflexe.**

Hinweisend auf die Widersprüche, welche die pathologische Beobachtung der jetzigen Annahme der Reflexlocalisation gegenüber zeigt, trachtet der Vortragende nachzuweisen, dass die Reflexwege der einzelnen Reflexarten nicht die gleichen sind. Anatomisch lassen sich zwei Reflexbahnen annehmen; die erste führt durch das Rückenmark, die zweite durch das Gehirn. Er glaubt auf Grund seiner Beweise annehmen zu können, dass die tiefen Reflexe auf der ersten, die Hautreflexe auf der zweiten Bahn verlaufen. Endlich haben zwar die vegetativen Processe specielle Reflexcentren im Rückenmark, doch werden diese Centren durch die Vermittlung des Gehirns in Action gesetzt, indem der periphere Reiz direct nur auf das

Gehirn einwirkt und von hier aus das Rückenmarkscentrum beeinflusst wird.

Stokvis-Amsterdam spricht über das **Vorkommen und die Wichtigkeit des Hämatoporphyrins im Urin**, seinen Nachweis und semiologischen Werth.

Riva zieht zum Nachweis des Hämatoporphyrins die Zinksalze (Zinkchlorür) dem von Stokvis angewandten Calcium vor.

Fraser-Edinburg: **Behandlung der perniciösen Anämie mit Knochenmark.**

Er behandelte einen Fall von perniciöser Anämie durch interne Darreichung von Knochenmark in rohem Zustand auf Brod gestrichen, daneben gab er wegen bestehender Diarrhöen Salol. Vorher war Arsen und Ferrum ohne jeden Erfolg gegeben worden; nach 2 Monaten vollständige Heilung.

De Rocha meint, dass man aus einem Falle noch keine grossen Schlüsse ziehen könne, und glaubt, dass es sich um eine Coïncidenz handle und macht darauf aufmerksam, dass oft durch einen Wechsel oder Aufhören der Therapie der Erfolg erst eintritt.

Schreiber-Meran: **Die verschiedenen Formen der Ischias und deren Behandlung.**

Ein grosser Theil jener Kranker, welche wegen Ischias in Behandlung stehen, leiden nicht an neuralgischen, sondern an rheumatischen Processen. Beide Formen, die rheumatische und die nervöse, lassen sich durch elektrische, hydropathische und mechanische Behandlungsmethoden heilen. Die Mechanotherapie ist aber immer die sicherste, die selbst dann nicht im Stiche lässt, wenn die andern versagen. In sehr schweren, veralteten rheumatischen Processen, welche das Hüftgelenk umgeben, nützt Massage nichts, sondern nur eine rationelle heilgymnastische Cur.

Bazile-Modena empfiehlt Injectionen von Aether. sulf. in der Ischiadicusgegend als sehr wirksam; 2—3 Injectionen bei Beginn der Affection genügen.

Giuffre-Palermo: **Pathogenese und Behandlung der Chorea.**

Um die Confusion, welche in der Lehre von der Chorea in Bezug auf Aetiologie, pathologische Anatomie, Pathogenese und Behandlung herrscht, zu vermeiden, muss man die Chorea von zwei Seiten betrachten: als Symptomencomplex und als Krankheit.

Die Symptome bieten stets ein einheitliches Bild, beziehen sich stets auf das Pyramidensystem (von der Gehirnrinde zur Peripherie wie auch bei der Paralyse), als Krankheit dagegen muss man verschiedene Formen unterscheiden oder verschiedene Krankheiten, bei denen die Chorea als Symptom vorkommt: die Chorea bei Graviden, Chorea von Sydenham, Chorea chronica, progressiva etc. Die Behandlung wechselt nach dem Individuum und dem Sitz, der Pathogenese und Aetiologie des einzelnen Falles.

De Renzi hält die idiopathische Chorea für eine encephalitische Affection, besonders der Rindensubstanz des Cerebellums und der Pyramidenstränge, welche mit psychischen Störungen auftritt. — Bezüglich der Therapie hat nur ein Mittel Wirkung, das Arsen, aber es muss in grossen Dosen gegeben werden (bis 20 Tropfen sol. Fowleri pro die bei Kindern, bis 40 Tropfen beim Erwachsenen). Er beginnt mit kleinen Dosen und steigt rasch.

Guerra-Genua berichtet über einen Fall von **Solitärtuberkel** des unteren Viertels der rechten Roland'schen Falte.

Seeligmüller-Berlin erwähnt zwei weitere Fälle seiner Beobachtung.

Silvestrini-Florenz: **Ueber einige klinische und experimentelle Facta bei der Pneumonie.**

Die durch die locale oder allgemeine (septikämische) Form der Pneumonie (bei Kaninchen durch Impfung) erzeugte Immunität schützt nicht gegenseitig. Wenn die Serumtherapie den Process, der sich stets zu generalisiren sucht, localisiren kann, so ist das alles, was man bis jetzt von ihr erwarten kann.

Marnia-Triest bringt einen casuistischen Beitrag zur **bulbären Paralyse.**

Fazio und **Gioffredi**-Neapel: **Hyperthermie bei Tuberculose.**

Der Vortragende verweist vor allem auf den in einzelnen Fällen hysterischen Charakter der Hyperthermie. Die klinische Bedeutung derselben sieht er in einem thermischen Aequivalent des convulsiven Stadiums. Durch diese hohen Temperaturen (46,3° C. bis 50° C. beobachtet von Teale) wird eine bacterientödtende Wirkung vorübergehender oder bleibender Natur ausgeübt.

Mordhorst-Wiesbaden: **Ueber die bei der Behandlung der Gicht in Betracht kommenden Mittel und ihre Wirkungsweise.**

Die Alkalescenz des Blutes und der Gewebssäfte Gichtkranker ist niedriger, die Acidität des Urins höher als in der Norm. Die geringe Alkalescenz der Säfte ist die Ursache einer mangelhaften Sauerstoffaufnahme, also auch einer mangelhaften Zersetzung, unter anderem auch der schon gebildeten Harnsäure. Die Folge davon ist eine vermehrte Ansammlung von Harnsäure in den Gewebssäften. Je alkalischer eine Flüssigkeit ist, desto grösser ist ihr Lösungsvermögen für Harnsäure. Die Indicatio causalis erfordert desshalb eine vermehrte Zufuhr von Alkalien und eine vermehrte Ausscheidung von sauren Salzen. Letzteres geschieht auf reichliche Schweissbildung, die durch heisse Bäder, Muskelarbeit und warme Kleidung hervorgerufen wird. Zur Erreichung einer gleichmässigen Alkalescenz der verschiedenen Gewebssäfte ist reichliche Pflanzennahrung und langer reichlicher Gebrauch von starken, alkalisch-muriatischen Mineralwässern (mit möglichst wenig Kalksalzen, dagegen viel Na bicarb. und Cl Na) angezeigt. Das „Wiesbadener Gichtwasser" entspricht diesen Indicationen am besten.

De Gouren berichtet über einen Fall von **pulmonaler Distomiasis**, der Phthisis vortäuschte und durch das Vorhandensein des Distoma hepaticum in dem dem Sputum beigemengten Blute agnosticirt wurde.

Lumbroso-Livorno berichtet über Fälle von **Hysterie mit abnormen Fiebertemperaturen.**

Discussion: Crisafulli, Marcellini, Reale.

Dal Fabbro erwähnt einige Fälle von **progressivem Marasmus in Folge Erkrankung des Sympathicus** und erklärt sie durch den Mangel an Verdauungssäften und ungenügende Bewegung des Magens und der Eingeweide.

Discussion: Seeligmüller-Berlin.

Baduel-Florenz berichtet über seine mit Frascani gemachten Arbeiten über die **Function der normalen und pathologischen Niere.**

Desgleichen **Bruschini**, indem er auf die Wichtigkeit der Nierenpercussion für die Diagnose in manchen Fällen hinweist.

Fienga-Neapel erwähnt einen Fall von Nephritis mit Exanthem, aber ohne Eiweiss im Harn.

Calabresi behauptet auf Grund von Experimenten, dass das Vorhandensein von Zucker und Harnsäure die mikrobicide Fähigkeit des Blutes beeinträchtigt, Chinin dagegen dieselbe in beträchtlicher Weise hebt.

Zagari-Neapel stellte experimentelle und klinische Versuche an bei einem Fall von **nichtparasitärer Chylurie** und berichtet über seine Resultate.

De Rocha-Coïmbra spricht über die **Pathogenese gewisser bisher nicht gekannter Formen des Diabetes**, die er auf Dilatation des Magens mit Verminderung der Eingeweideperistaltik zurückführt.

De Renzi bemerkt in der Discussion, dass Diabetes auch bei Exstirpation des Duodenums und der Speicheldrüsen vorkomme und betont die Wichtigkeit der grünen Gemüse für die diätetische Behandlung.

Fremons spricht ebenfalls über die **Diät beim Diabetes.**

Pittarelli-Campochiaro beschreibt einen neuen Apparat zur **quantitativen Bestimmung des Zuckers** im Urin.

De Giovanni-Neapel: **Ueber die morphologische Untersuchungsmethode.**

Er betont die Nothwendigkeit, bei der Untersuchung nicht so sehr die Krankheit als insbesondere auch das Individuum in Betracht zu ziehen. Jedes Individuum hat gewisse charakteristische Kennzeichen der Morphologie seines Organismus, welche für ihn eine specielle Morbilität bedingen. Diese morphologi-

schen Typen lassen sich auf drei Grundtypen zurückführen, einer mit Disposition für constitutionelle Erkrankungen des Respirationsapparates, der zweite des Circulationssystems, und der dritte der Verdauungsorgane. Vortragender demonstrirt seine Theorie an Beispielen.

Jolles-Wien erwähnt eine neue Methode, approximativ die **Quantität des Gallenpigments im Urin** zu bestimmen.

Tison berichtet über die günstigen Erfolge, die er mit **Aconitin bei Erysipel, Neuralgien und Laryngitis** erzielt hatte.

Mayzel Wlachaw empfiehlt eine neue Methode zur **quantitativen Bestimmung der Harnsäure** im Urin.

Reale-Neapel berichtet über seine Arbeiten bezüglich der Veränderungen, welche der Stoffwechsel bei mangelhafter Sauerstoffzufuhr im Organismus erleidet.

Bouchard-Paris schliesst die Reihe der Vorträge mit einigen Bemerkungen über seine klinischen Beobachtungen beim Ikterus, wonach ein frühzeitiges Auftreten von Pruritus bei demselben stets den Verdacht eines Neoplasmas nahe legt.

Section für Geburtshilfe und Gynäkologie.

(Referent: Privatdocent Dr. J. A. Amann jr., München.)

Eröffnung der Sitzung durch Pasquali-Rom, sodann Referat über die **Symphysiotomie.**

Referent **Morisani**-Neapel: Die Symphysiotomie ist eine durch klinische Erfahrung gerechtfertigte Operation, durch welche wir im Stande sind, ein ausgetragenes, gut entwickeltes Kind aus einem verengten Becken mit 6,7—8,8 cm cgt. zu entwickeln. Contraindicirt ist die Symphysiotomie bei todtem oder wenig lebensfähigem Kinde. Sie ist auszuführen am Ende der Schwangerschaft, wenn die Wehen in vollem Gange sind und bei Eröffnung des Muttermundes.

Die Combination der Symphysiotomie mit der künstlichen Frühgeburt ist zu verwerfen, doch muss man in manchen Fällen bei todtem Kinde zur Symphysiotomie verbunden mit Embryotomie seine Zuflucht nehmen.

Das Operationsverfahren ist sehr einfach und gefahrlos, dabei ist es gleichgiltig, ob man Galbrati's gekrümmtes Bistouri oder ein gewöhnliches benützt oder ob man den Symphysenschnitt von unten nach oben oder umgekehrt macht, doch muss nothwendigerweise das Ligamentum subpubicum durchschnitten werden. Der Operateur muss sich nach der Operation von der Ausdehnungsfähigkeit der Ossa iliaca versichern.

In den Fällen von 8 cm cgt. und darüber ist es gerathen, die Zange zu versuchen, bevor man sich zur Symphysiotomie entscheidet. Die Entwicklung des Kindes mit der Zange nach Symphysiotomie ist in den meisten Fällen anzurathen, aber nicht unbedingt nöthig. Die Knochennaht ist unnöthig, ebenso die Anlegung von Immobilisationsapparaten; es genügt, die Weichtheile zu nähen und einen einfachen Circulärverband zu machen.

Die Symphysiotomie verdient, der Embryotomie vorgezogen zu werden, wenn es sich um ein lebendes Kind handelt; sie ist auch in sehr vielen Fällen bestimmt, die Sectio caesarea zu ersetzen. Die Ischio-pubiotomie ist ein werthvolles Verfahren in den Fällen von Verengerungen, welche durch Ankylose der einen Articulatio sacro-iliaca (Nägele's Becken) bedingt sind.

Die ungünstigen Resultate der Symphysiotomie sind meist dadurch erreicht, dass man sie bei Becken unter der Grenze der Indication für dieselbe ausgeführt hat.

Der Tod des Kindes ist dem zu späten Einschreiten und der Art der Mittel zur Extraction zuzuschreiben.

Spinelli-Neapel kam durch Experimente zu folgenden Schlüssen: Bei glattem und allgemein verengtem Becken kann die Ausdehnung der Oss. pub. nach Symphysiotomie bis zu 10 cm geschehen, ohne schwere Verletzungen der Articul. sacro-iliac. ohne Zerreissung der Vagina, der Blase oder der cavernösen Körper der Clitoris hervorzurufen. Die Vergrösserung des Beckens steht im Verhältnis zur Ausdehnung der oss. pubis. Die wirkliche Vergrösserung ist durch die Ausdehnung der ossa pubis und die Elasticität der Gewebe bedingt; beide Factoren kommen für die Entwicklung des Kopfes in Betracht.

Die untere Grenze für die Symphysiotomie bei rachitischem platten und allgemein verengtem Becken ist 6 cm, Der Kopf soll in transversaler und etwas inklinirter Stellung entwickelt werden.

Correferent **Leopold**-Dresden: Die Symphysiotomie, ausgeführt nach den Grundsätzen Morisani's, hat nach dessen glänzenden Erfolgen als eine grossartige Errungenschaft für die Klinik zu gelten; doch kann und darf sie jetzt nicht verallgemeinert werden; sie ist nicht dazu geeignet, vom praktischen Arzse zum Ersatz der Perforation oder gar der Wendung ausgeführt zu werden, da ihre Gefahren nicht zu unterschätzen sind.

Erstgebärende sind der Symphysiotomie nicht zu unterziehen. Das weitere Befinden der bisher Symphysiotomirten ist noch lange Zeit nach der Operation zu verfolgen und nach 1—2 Jahren darüber ausführlicher Bericht zu erstatten.

Die Blutung und die Scheidenverletzungen bei der Symphysiotomie mahnen zur grössten Vorsicht und können viel Schwierigkeiten verursachen, ebenso die Nachbehandlung. Im Allgemeinen werden der Symphysiotomie einige Becken mit einer Conjugata von $7\frac{1}{2}$ cm abwärts bis $6\frac{1}{2}$ cm zu unterziehen sein. In solchen Fällen ist die Perforation des lebenden Kindes zu ersetzen durch die Symphysiotomie. Derartige Fälle sind an eine Klinik zu verweisen.

Muss aber in einem solchen Falle der praktische Arzt selbst entbinden und die Verantwortung allein tragen, so wähle er lieber nicht die Symphysiotomie, auch nicht den relativen Kaiserschnitt, sondern nehme getrost, wenn alle anderen Hilfsmittel nutzlos sind, die Perforation des lebenden Kindes vor, beruhigt im Gewissen, für die Familie das Höchste angestrebt zu haben, was er in solchen Fällen vermag — die Erhaltung der Mutter.

Bei Beckenenge abwärts bis zu 7 cm c. v. ist, wenn die Schwangere sich früh genug an den Arzt wendet, die künstliche Frühgeburt einzuleiten. Sucht sie aber erst am Ende der Schwangerschaft, beziehentlich unter der Geburt ärztliche Hilfe auf, so ist unter Schonung der Fruchtblase bis zur vollen Erweiterung des Muttermundes zunächst der normale Geburtsverlauf abzuwarten. Tritt aber eine spontane Geburt nicht ein, dann lassen sich bei plattem Becken bis zu 7 cm und bei allgemein verengtem Becken bis zu $7\frac{1}{2}$ cm c. v. bei stehender Fruchtblase und bei vollständig erweitertem Muttermunde und unter Anwendung der Walcher'schen Hängelage selbst noch grosse reife Kinder mit dem besten Erfolge durch Wendung und Extraction entwickeln. Nur in ganz seltenen und in allen Einzelheiten besonders abzuwägenden und geeigneten Fällen, wenn hohe Zange und Wendung aussichtslos erscheinen, soll in dieser Beckengruppe zur Symphysiotomie geschritten werden.

Zweifel-Leipzig. Wenn die Symphysiotomie nicht zu der Vollendung gelangt, dass sie auch von praktischen Aerzten ausgeführt werden kann, erfüllt sie den Zweck einer lebenserrettenden Operation für die Kinder nur sehr unvollkommen. Wie ich früher angegeben habe, ist die Symphysiotomie weit mehr als der Kaiserschnitt berufen, Allgemeingut der Aerzte zu werden und die Perforation lebender Kinder einzuschränken. Die Gegengründe, welche einst gegen die Symphysiotomie vorgebracht wurden, waren 1. eine zu ungenügende Erweiterung des Beckens, um durch sie den Kaiserschnitt zu ersetzen, 2. dass die Operation tödtliche Verletzungen setze.

Der erste Gegengrund wird dadurch hinfällig, dass man die Indication in der Weise beschränkt, dass als untere Grenze für die Symphysiotomie 6,7—6,5 cm Cgta vera (wie Morisani es auch angibt) aufgestellt wird. Der zweite Gegengrund fällt bei richtiger Anwendung der Antisepsis weg. Zur Vermeidung der gefährlichen von Haut bis Vagina perforirenden Weichtheilverletzungen empfiehlt Z. zunächst die spontane Geburt abzuwarten, ferner die Weichtheile am unteren Rande der Symphyse stumpf zu trennen, Vermeidung des Spreizens und Rotirens der Beine, Anlegung einer Esmarch'schen Binde um das Becken, den Hautschnitt quer über die Symphyse zu legen. Unter 23 von Zweifel Symphysiotomirten ist keine gestorben und von den Kindern sind nur 2 zu Grunde gegangen. Doch sei zu erwähnen, dass bei 2 Frauen Gehstörungen späterhin beobachtet wurden. (Diese hatten eine Cgt vera unter 6,5 cm)

Sänger-Leipzig stellt die Frage in den Vordergrund, in wie wie weit die Sectio caesarea durch die Symphysiotomie zu verdrängen sei. Seine Statistik der Sectio caesarea hat 0% Mortalität (12 Fälle). Im Allgemeinen sei die Gesammtmortalität der Sectio caesarea und der Symphysiotomie nicht sehr verschieden. Vergleicht man die beiden Operationen bezüglich ihrer Dauer, so ist zu erwähnen, dass die

Sectio caesarea in einer Stunde vollkommen fertiggestellt ist, und kaum einer Nachbehandlung bedarf, während die Symphysiotomie besonders bei Zweifel's abwartender Methode bis zu 1 Tage beanspruchen und die Nachbehandlung selbst bis zu einem Jahre dauern kann. Wie Morisani stellt Sänger als untere Grenze 6,7 cm Cgt. vera auf. Die Symphysiotomie solle etwas mehr eingeschränkt, die Sectio caesarea dagegen mehr in den Vordergrund gestellt werden.

Mancusi-Neapel berichtet über 8 Fälle von Symphysiotomie aus der Privatpraxis, darunter 1 Fall von 7,5 cm cgt vera bei osteomalacischem Becken.

Chiarleoni-Catania demonstrirt einen Forceps mit rechtwinkliger Beckenkrümmung speciell construirt für die Extraction nach Symphysiotomie.

Referent **Pinard**-Paris kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Die aseptische Symphysio- oder Pubiotomie ist eine ungefährliche Operation.

2) Die momentane Ausdehnung der Ossa pubis muss im Verhältniss zu dem Grade der Verengerung des Beckens stehen.

3) Die Operation darf nur in den Fällen ausgeführt werden, in denen man annehmen kann, dass eine Ausdehnung der Symphyse von 7 cm den Austritt eines ausgetragenen Kindes erlauben wird.

4) Eine Ausdehnung, welche 7 cm überschreitet und Verletzung der Weichtheile bedingt, ist zu verwerfen.

5) In den Fällen von Verengerung, wo die Ausdehnung der Schambeine bis 7 cm nicht hinreichend sein wird, um den Austritt des Kopfes des Fötus zu gestatten, ist die Sectio caesarea mit Porro (Amputatio uteri ovariique) indicirt.

6) In den Fällen der schrägen Beckenverengerung mit Synostose einer Articulatio sacro-iliaca ist die Operation Faraboeuf (Ischio-pubiotomie) am Platze, wenn die Verengerung die spontane Geburt nicht erlaubt.

7) In den Fällen, in welchen durch Ankylose der Coccyx die spontane Geburt verhindert ist, ist die Coccygotomie zu empfehlen.

a) Die Embryotomie am lebenden Kinde muss unter allen Umständen und auf immer verurtheilt werden. b) Die künstliche Vergrösserung des Beckens, ausgeführt in den oben angeführten Grenzen und mit den erwänten Bedingungen, muss verdrängen: 1) die künstliche Frühgeburt; 2) jede Operation, welche den fötalen Kopf einem Widerstande des Beckens entgegensetzt, der durch die Contraction des Uterus nicht überwunden wird.

Varnier-Paris tritt im Gegensatz zu Leopold für die Ausführung der Symphysiotomie in der Privatpraxis ein.

Martin-Berlin: **Stielbehandlung nach Myomotomie.**

Die Myomotomie ist planmässig von Péan-Paris eingeführt worden; in Deutschland wurde Hegar Vertreter der extraperitonealen Stielversorgung; trotz seiner günstigen Resultate macht er aber nur selten die Myomotomie, bevorzugt dagegen mehr die Castration. Die zweite Methode der Stielbehandlung, die intraperitoneale, rührt besonders von Schroeder her. Unter 200 Operationen mit extraperitonealer Stielbehandlung fand sich eine Mortalität von 15 Proc. Die intraperitoneale Methode erfuhr eine Reihe von Modificationen, welche sich auf die Behandlung des Cervicalcanalrestes, die Vereinigung der Wundflächen im Stumpf selbst, die Bedeckung desselben mit Peritoneum beziehen. Die prophylaktische Drainage der Bauchhöhle nach Myomotomie wird in Deutschland nur wenig geübt.

Zweifel's Vorschlag verdient Beachtung. Er verzichtet auf die Vernähung der Stumpfoberfläche selbst; er sichert den Stumpf durch eine fortlaufende Partienligatur und versenkt ihn, nachdem er vorher gebildete Peritoneallappen darüber gezogen. Durch die Ligamenta lata und den Uterus zieht Zweifel möglichst tief unten doppelte Seidenfäden von vorne nach hinten, wodurch eine feste Unterbindung zu Stande kommt. Verschorfung des Cervicalcanales mit Platinbrenner, Vereinigung der Peritoneallappen über dem Stumpf mit fortlaufender Catgutnaht. Bei 51 Fällen hatte er nur 4 Proc. Mortalität.

Chrobak verlor bei seiner retroperitonealen Stielversorgung bei 21 Fällen nur 1 Patientin.

Doyen-Reims löst die Myome subperitoneal aus und vernäht die Peritoneallappen mit den Stümpfen der Lig. lata.

Aus allen Vorschlägen für die Stielversorgung bei Myomotomie klingt die Ueberzeugung hindurch, dass bei einer übrigens in geeigneter Weise aseptisch gestalteten Operation immer der Stumpf des Collum als der Sitz der Gefahr anzusehen ist.

Von hier aus drohen die verhängnissvollen Blutungen, die septische Infection (Witte hat in exstirpirten myomatösen Uteris dreimal Streptococcen nachgewiesen), wobei durch die vielen Buchten der Uterushöhle bei Myomen Präventivmaassregeln, wie Curettement oder Auswaschung mit antiseptischen Lösungen als erfolglos von der Hand zu weisen sind. Dazu kommen die Störungen der Reconvalescenz, die vom Stumpfe abhängig sind.

„Unter diesen Umständen habe ich mich entschlossen (1888) an die Stelle der supravaginalen Amputation und intraperitonealen Stielversorgung die Totalexstirpation des myomatösen Uterus zu setzen.

Anfangs habe ich diese von der Bauchhöhle aus ausgeführt. Der nächste Schritt galt der Beseitigung der Drainage und dem Abschlusse des Peritoneums, wobei die Catgutligaturen in den Ligamenten und im Scheidengewölbe in die Scheide geleitet und nach oben mit Peritoneum überdeckt wurden. Die Mortalität ist seitdem bei 54 so operirten Fällen von 30,23 auf 9,5 Proc. gesunken."

Weiterhin hat M. vor der Operation den Uterushals curettirt, mit Sublimat ausgewaschen und durch die Naht verschlossen und die Scheide 24 Stunden vor der Operation mit Sublimatlösung ausgewaschen und mit Sublimatgaze ausgestopft.

Wenn auch die Zahl nicht weitgehende Schlüsse zulasse, so verdiene es immerhin der Beachtung, dass in einer ersten Gruppe von 43 ohne Verschluss des Peritoneums Operirten nur 30 genasen, 13 starben, also 30,27 Proc. Mortalität; in einer zweiten Gruppe von 54 mit Verschluss des Peritoneums Operirten 49 genasen, 5 starben, als 9,5 Proc. Mortalität. In einer dritten Gruppe von 25 mit prophylaktischem Verschluss auch des Collums und Sublimatgazetamponade der Scheide Operirten starb 1, also 3,8 Proc. Mortalität.

Von den deutschen Klinikern äusserte auf dem X. internationalen medicinischen Congress Fritsch: „Ich halte für die Methode der Zukunft nicht die intra-, nicht die extraperitoneale Methode, sondern die Totalexstirpation." Chrobak ist entschieden für die Radicaloperation eingetreten; auch Mackenrodt hat 11mal die Radicaloperation ausgeführt und günstige Resultate aufzuweisen. In Italien, ebenso in Frankreich und den Vereinigten Staaten sind günstige Resultate in grosser Menge vorhanden.

„Ich glaube bewiesen zu haben, dass die Schwierigkeiten und Gefahren dieser Radicaloperation durch weitere Ausbildung der Methode überwunden werden können und dass die Radicaloperation bei Uterusmyomen, welche eine Erhaltung des Uterus nicht mehr gestatten, heute als eine vollberechtigte Operation anerkannt worden ist."

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 11. April 1894.

Herr **Lazarus** (vor der Tagesordnung) demonstrirt ein Präparat von einem vor wenigen Tagen gestorbenen Kinde von $3^1/_2$ Jahren mit einem Sarkom der Nebenniere.

Herr **Grimm: Beobachtungen über Syphilis und Tabes.**

Redner berichtet über seine Beobachtungen auf der Insel Yego, die er während eines 5jährigen Aufenthaltes daselbst gemacht hat. Syphilis sei dort sehr häufig. Er habe indess, bei einem Krankenmateriale von 60000 Personen (?), die in seinem Krankenhause verkehrten, und bei Gelegenheit seiner Consultationsreisen nur 5 Tabiker gesehen. Trotz der Häufigkeit der Syphilis habe er nur bei einem Tabiker Verdacht auf frühere Lues gehabt. Bei 9800 eigenen Aufzeichnungen über Patienten war 1015mal Syphilis und zwar der verschie-

densten Organe vermerkt. Redner zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse: 1) die dortige Bevölkerung ist der Tabes wohl zugänglich, 2) für eine ungestörte Entwickelung der Folgen luetischer Infection sind sehr günstige Bedingungen vorhanden, 3) das Nervensystem erkrankte oft an Syphilis, ohne dass andere syphilitische Symptome manifest waren, 4) Tabes war eine seltene Krankheit in seiner Clientel, 5) selbst bei den wenigen Tabesfällen war nur einmal Verdacht auf Syphilis zu constatiren.

Tabeskranke Aino, die Ureinwohner der Insel, unter welchen die Syphilis grosse Verheerungen anrichte, habe er gar nicht gesehen. Redner glaubt, dass gegenüber den Statistiken anderer Forscher seine negativen Ergebnisse auch einen gewissen Werth beanspruchen dürfen. G. warnt namentlich vor einer Diagnose ex juvantibus. Quecksilber zeige auch bei andern Affectionen einen gewissen Einfluss, so bei dem sogenannten Stauungshydrops, bei der Gicht, bei Störungen im Gebiete des N. sympathicus.

Herr **P. Strassmann: Zur Lehre vom Blutkreislauf bei Neugeborenen.**[1])

S. glaubt gegenüber andern Anschauungen, dass der Verschluss des Ductus arteriosus Botalli momentan und mechanisch zu Stande kommt. Ein solcher ist durch die Art der Einmündung des Ductus in die Aorta möglich. Vom 5. Monat an lässt sich am menschlichen Fötus eine fortschreitende Entwickelung derart nachweisen, dass der unter mehr und mehr spitzem Winkel in die Aorta schief einmündende Ductus seine vordere, mit der Aortenwand eine Duplicatur bildende Wand klappenartig vorschiebt, welche die Mündung an der dafür günstigsten Stelle des Uebergangs vom Arcus aortae in die Aorta desc. überdacht. Der Verschluss functionirt nicht bei mangelhafter Entwickelung der Foeten. Bei Neugeborenen bedarf es der Athmung, um den Verschluss des Ductus zu bewirken. Ludwig Friedländer.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 9. April 1894.

Die Sitzung wird grösstentheils ausgefüllt durch die Neuwahlen, deren Resultat folgendes ist:

Vorsitzender: Herr Leyden; Stellvertreter: die Herren Gerhardt, Orthmann, A. Fränkel; Schriftführer: die Herren Jastrowitz, Fürbringer, Litten; Schatzmeister: Herr Marcuse; Bibliothekar: Herr Meyer.

Im wissenschaftlichen Theil demonstrirt Herr **Oestreich** die Präparate eines Falles von **Bronchialstenose.**

Es handelte sich um eine 47jährige Frau, bei deren Section sich eine ausgebreitete Trichinose fand, am stärksten im M. biceps auf beiden Seiten, weniger in der Wadenmusculatur, am schwächsten im Zwerchfell und den Halsmuskeln. Die Trichinen hatten sämmtlich verkalkte Kapseln, nach deren Beseitigung sie noch lebhafte Bewegungen zeigten. Das Zwerchfell ist auffallend dünn, links deutlich braun, rechts braunroth. In der Gegend der Bifurcation besteht eine Verengerung; die Schleimhaut ist in eine weisse fibröse Masse verwandelt. Die Stenose ist am stärksten im Beginn des linken Bronchus; hinter dieser Stelle sind die Bronchien cylindrisch und sackförmig erweitert und mit eitrigem Secret gefüllt. Der rechte Bronchus war an der Verengerung in geringem Maasse betheiligt, zeigt aber auch sackförmige Erweiterung. Für die Ursache der Stenose ergab sich kein Anhaltspunkt. Die Bronchialdrüsen der Nachbarschaft sind weich und klein. Eine solche Verengerung mit ausserordentlich starker Retraction entspricht jedenfalls einem früheren geschwürigen Process, wahrscheinlich syphilitischer Natur. Die übrigen Organe des Körpers tragen keine Zeichen von Syphilis.

In der Discussion bemerkt Herr Goldscheider, dass im Leben Verdacht auf Phthise bestand, jedoch niemals Tuberkelbacillen nachweisbar waren.

Herr Leyden: Der Fall beweist, dass sich Bronchiektasien in Folge von Hindernissen der Exspiration entwickeln können. Die Athemfrequenz hatte sich bis auf 12 Athemzüge in der Minute verlangsamt. Traube beschreibt einen Fall, wo durch ein syphilitisches Geschwür eine Athembehinderung eingetreten war, so dass die Respirationsfrequenz 6 Athemzüge in der Minute betrug.

Herr Gerhardt bespricht die Differentialdiagnose zwischen Laryngostenose und Tracheostenose. Bei ersterer wird der Kopf rückwärts gebeugt, es besteht ein mechanisches Bestreben, den Kehlkopf zu erweitern. Bei Tracheostenose wird dagegen durch die Spannung die Athemnoth gesteigert; daher wird in diesem Falle das Kinn dem Brustbein genähert. Endlich gibt der fühlbare Stridor einen sehr guten Anhalt. Wenn man den Finger in die Grube am Einschnitt des Brustbeins legt, so nimmt man bei der Laryngostenose einen doppelten oder bei der Inspiration stärker vorhandenen Stridor wahr. Dagegen findet sich bei der Tracheostenose ein Schwirren, das nur bei der Exspiration zu fühlen ist. Ludwig Friedländer.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 17. April 1894.

Vorsitzender: Herr Rumpf.

Demonstrationen: 1) Herr Zarniko demonstrirt eine Frau mit tuberculösen Rachengeschwüren.

Die nicht hereditär belastete Patientin kam am 20. Februar d. Js. zu Z. mit einem weiss belegten Ulcus hinter der rechten Gaumenmandel. Auch auf der Epiglottis und der rechten Plica ary-epiglottica fanden sich Ulcerationen. An den Lungen bestanden nur geringe Erscheinungen. Z. gab zunächst Jodkali, wobei jedoch Schluckbeschwerden und Larynxödem auftraten. Jetzt hat sich im Rachen das Geschwür fast über den ganzen Gaumen und die Uvula ausgebreitet, und auch die endolaryngealen Ulcerationen haben zugenommen. Die Diagnose hält Z. für gesichert.

2) Herr Nonne demonstrirt a) einen Kranken mit Thomsen'scher Krankheit. Die Affection wurde bekanntlich im Jahre 1876 zuerst von Thomsen unter der Bezeichnung: „tonische Krämpfe in willkürlich bewegten Muskeln" beschrieben. Bis 1886, wo Erb's erste grössere Arbeit darüber erschien, waren circa 40 Fälle davon beschrieben, von denen jedoch nach Erb's Ansicht nur etwa die Hälfte wirklich hierher gehörten. Letzterer fand vor allem 2 typische Symptome: eine Erhöhung der directen mechanischen Erregbarkeit der Muskeln und eine Nachdauer der Zuckung in den Muskeln bei directer elektrischer Reizung auch nach dem Aufhören des Stromes, „myotomische" Reaction der Muskeln. In excedirten Muskelstückchen fand Erb auffallende Hypertrophie einzelner Muskelfibrillen, Vermehrung der Sarcolenumkerne und stellenweise Vacuolenbildung. Bis 1889, wo eine zweite Arbeit von Erb erschien, kamen weitere 14 Fälle in der Literatur hinzu. Hansemann und Martius lehrten, dass die Krankheit intermittirend auftreten könne, was Seiffert für die elektrische Reaction bestätigte. Im Jahre 1891 beschrieb Raymond einen Fall mit Augenmuskelstörungen, wobei sich das vom Morbus Basedowi her bekannte Graefe'sche Symptom (Fehlen der Mitbewegungen des Oberlides beim Heben und Senken des Blicks) vorfand.

Der von N. vorgestellte 8jährige Knabe befindet sich seit 1 Jahr in seiner Beobachtung. Er kam mit allgemeinen Muskelstörungen zur Behandlung. Die Diagnose wurde erst später gestellt. Patient bietet die myotonische Reaction Erb's. In excidirten Stücken aus dem Deltoides fanden sich die beschriebenen mikroskopischen Veränderungen (Demonstration). Die Musculatur des Knaben ist, namentlich an den Extremitäten, sehr voluminös, die intendirten Bewegungen dagegen äusserst langsam und schwerfällig. Auch Störungen der Augenbewegungen sind vorhanden. Eine hereditäre Anlage besteht im vorliegenden Falle nicht.

b) Mikroskopische Präparate aus der Hirnrinde von einem Fall mit amyotrophischer Lateralsklerose. Dieselben zeigen als Sitz der Degeneration ausschliesslich die motorischen Bahnen und sollen zur Stütze der Ansicht dienen, dass die genannte Affection eine Erkrankung eben jener Bahnen, und zwar im ganzen Centralnervensystem, darstellt. Die peripheren Nerven erwiesen sich bei histologischer Untersuchung als völlig intact. In den Muskeln waren die Fibrillen atrophisch, die Kerne dagegen gewuchert und vergrössert. Jaffé.

Verschiedenes.

Therapeutische Notizen.

(Tuberculinbehandlung der Lungentuberculose.) Sanitätsrath Dr. E. Thorner in Berlin, einer der wenigen Aerzte, welche an der Tuberculinbehandlung der Phthise von Anfang an festgehalten haben,

[1]) Die Arbeit ist bereits ausführlich im Archiv für Gynäkologie (Bd. 65, Heft 3) veröffentlicht. Cf. d. W. 1894, No. 7, S. 128.

legt in einer soeben bei Karger in Berlin erschienenen Brochüre die Grundsätze dar, nach denen er bei der Anwendung des Tuberculin verfährt und die sich ihm in seiner sehr umfangreichen Praxis ausserordentlich bewährt haben. Th. räth die Behandlung mit einer Anfangsdosis von 1/20 mg Tuberculin zu beginnen und in folgender Weise mit dem Mittel zu steigen: Die ersten 10 Einspritzungen werden in 20 Tagen vorgenommen. Jeden zweiten Tag erhält Patient eine Injection, die 1/20 mg höher ist als die vorige. Die zur Anwendung kommende Lösung 1/2 pro mille. Von 1/2 mg an steige man jeden zweiten Tag um 1/10 mg. Die zur Verwendung kommende Tuberculin-Lösung ist 1 pro mille. Ist als Injections-Dosis 1 mg erreicht, so lässt man am besten jetzt noch fiebernde Kranke aus der Behandlung ausscheiden. Bei den nicht fiebernden Kranken macht man nun mit Lösungen von 2 pro mille Injectionen an jedem zweiten Tage um 1/5 mg steigend bis zu 2 mg Tuberculin. Darauf geht man zu einer 1/2 proc. Lösung über. Jeden zweiten Tag steigt die Dosis um 1/2 mg, bis 5 mg erreicht sind.

Nun benutzt man eine 1 proc. Lösung, und macht an jedem dritten Tage eine um 1 mg steigende Injection bis zu einer Einzeldosis von 1 cg; dann eine 2 proc. Lösung, bei deren an jedem dritten Tage stattfindenden Gebrauch um 2 mg gestiegen wird, bis 2 cg zur Injection kommen. Jetzt benutzt man 5 proc. Lösungen. 2 mal wöchentlich eine je um 2 1/2 mg sich erhöhende Dosis kommt zur Anwendung bis zur Einzel-Dosis von 5 cg. Ist diese Dosis erreicht, so wird sich fast ausnahmslos das Befinden der Patienten sehr gebessert haben. Nunmehr erhalten dieselben unter Benutzung der 10 proc. Lösung wöchentlich eine Injection mit einer Steigerung von je 5 mg, bis man bei 1 dg angelangt ist. Zwischen 2 aufeinander folgenden Injectionen darf nie ein Zeitraum von mehr als 1 Woche liegen, andernfalls wäre mit erheblich erniedrigter Dosis fortzufahren. Mit den wöchentlichen Injectionen von 1 dg ist nun fortzufahren, bis sich bei den Phthisikern alle Krankheits-Erscheinungen verloren haben — sie also nicht mehr husten, nicht mehr expectoriren und eine bedeutende Zunahme des Körper-Gewichts aufweisen.

Nach beendeter Cur ist der Kranke noch längere Zeit zu beobachten und in längeren Intervallen Probeinjectionen zu unterwerfen. Eine nöthig werdende abermalige Behandlung kann mit etwas grösserer Dosis beginnen.

Die verwandten Lösungen müssen steril sein und sind oft frisch zu bereiten. Die Kranken können in vielen Fällen ambulant behandelt werden. Contraindicationen sind nach Th. andauerndes Fieber, eintretende intercurrente fieberhafte Krankheiten, wie Influenza, eintretende Appetitlosigkeit. Th. hält das Tuberculin für das wichtigste Heilmittel in der Behandlung der Tuberculose, mit dessen Erfolgen sich bekannt zu machen, Pflicht jedes Arztes sei.

(Behandlung der Obstipation mit Oeleinläufen.) In Fällen hartnäckiger Verstopfung wendet Colligera schon seit 12 Jahren mit Erfolg folgende Methode an: Zuerst wird ca. 1/2 Liter Wassers mit irgend einer Klystierspritze in den Darm injicirt, dann eine doppelt so grosse Menge Flüssigkeit, indem man sich diesmal einer langen Gummisonde bedient, welche möglichst tief eingeführt wird. Dieses Lavement muss der Patient 10—15 Minuten behalten. Am 2. Tage lässt man denselben auf einer etwas geneigten Fläche, den Kopf nach abwärts, sich hinlegen, führt die Sonde möglichst tief ein und macht dann vermittelst des Irrigators den Oeleinlauf (1 Liter Speiseöl welchem noch 0,5 g Salol oder Naphthol beigegeben sind) unter einem Druck von ca. 15—20 cm, höchstens aber 1 m. Um ein Zurücklaufen der Flüssigkeit zu verhindern, verschliesst man mit der einen Hand den Anus mittelst eines Wattetampons, und massirt mit der andern den Leib von unten nach oben. Je nachdem der erste Einlauf vertragen wurde, kann man selben Tags noch einen zweiten mit derselben Menge Oel machen; in den meisten Fällen gehen mit dem Oel, welches nach Herausnahme der Sonde rasch abläuft, beträchtliche Massen Koth weg. (Bullet. méd. No. 25.) St.

(Behandlung des Croups mit Kalomeldämpfen.) Man errichtet vorerst über dem Bett des Kindes eine Art Zelt, unter welches man eine Blechschale stellt; auf dieser erhitzt man vermittelst einer Spirituslampe 2—4 g Kalomel, es entwickelt sich eine Sublimatisirung, welche man alle 2—3 Stunden wiederholt. Das Krankenzimmer muss eine Temperatur von 26° C. haben, ständig feucht gehalten werden, geräumig und gut ventilirbar sein. Nach jedesmaliger Einathmung des Kalomels zeigt sich eine bedeutende Besserung und eine wahre Erleichterung. Mehrere amerikanische Aerzte sahen gute Erfolge von dieser Therapie, wie auch neuerdings Quecksilber innerlich gegen Diphtherie wieder warm empfohlen wird:

Hydrarg. bijodat. .	0,15
Kal. jodat.	15,0
Sirup. simpl. . . .	300,0

M. D. S. 2stündlich ein Kaffeelöffel. Bei dem Auftreten von Quecksilbererscheinungen geht man mit der Dosis herab.
(Bullet. méd. No. 29.)

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 24. April. Der 23. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie hat vom 18. bis 21. ds. in Berlin stattgefunden. Den Vorsitz führte Geheimrath v. Esmarch, der die Verhandlungen mit Worten des Nachrufs auf Billroth, Lücke und Passavant eröffnete. Die Praesenzziffer stand gegen die der früheren Jahre etwas zurück. Zum Vorsitzenden der Gesellschaft für das kommende Jahr wurde Prof. Gussenbauer-Prag gewählt. Referat über die Verhandlungen folgt in der nächsten Nummer.

— An Stelle des nach Rostock berufenen Prof. Pfeiffer wurde Hofrath Dr. Näher zum Mitglied der Commission zur Ausarbeitung einer neuen städtischen Bauordnung in München gewählt.

— Die erste Baurate für den Neubau der Charité in Berlin soll, wie es heisst, bereits in den Etat für 1895/96 eingestellt werden.

— Der internationale Ophthalmologen-Congress wird dieses Jahr vom 7.—10. August in Edinburg stattfinden.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 14. Jahreswoche, vom 1.—7. April 1894, die grösste Sterblichkeit Gera mit 32,3, die geringste Sterblichkeit Beuthen mit 10,5 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Scharlach in Posen; an Diphtherie und Croup in Braunschweig, Duisburg, Essen, Frankfurt a. M., Gera, Halle, Kaiserslautern, Krefeld, Lübeck, Mainz, Mülhausen i. E., Münster, Remscheid, Wiesbaden.

— Die Direction des Dr. Eyselein'schen Sanatoriums in Blankenburg am Harz hat Dr. Bechmann, mehrjähriger II. Arzt der Anstalt, übernommen.

— Am 23. ds. wurde der Flad'sche Mineralwasser-Cursalon am Maximiliansplatz in München eröffnet. Es werden in demselben alle natürlichen Mineralwasser glasweise verabreicht; die Anlagen des Platzes dienen als Curpromenade.

(Universitäts-Nachrichten.) **Berlin.** Als Nachfolger von Prof. Aug. Hirsch ist Prof. v. Noorden zum Lehrer für specielle Pathologie und Therapie bei den militärärztlichen Bildungsanstalten bestellt worden. — **Göttingen.** Der Prosector Dr. Disse hat einen Ruf als Professor nach Halle erhalten.

Helsingfors. An der hiesigen Universität wurde eine Professur für Hygiene errichtet, welche dem Inspector des Gesundheitswesens in Finland, Dr. Sucksdorff übertragen wurde. — **Paris.** Der durch den Tod Charcot's frei gewordene Lehrstuhl der pathologischen Anatomie an der hiesigen Universität wurde Dr. Malassez übertragen. Malassez ist bekannt durch seine Arbeiten auf dem Gebiete der allgemeinen Histologie und seine Untersuchungen über die anatomischen Elemente des Blutes.

Personalnachrichten.

Bayern.

Befördert. Zu Stabsärzten: in der Reserve die Assistenzärzte I. Cl. Dr. Wilhelm Ebstein (Hof), Dr. August Kuntzen (I. München), Dr. Johann Steininger (Passau), Dr. Kurt Schlutius (Aschaffenburg), Dr. Valentin Juhl (Kissingen) und Dr. Ottmar Rieger (Regensburg).

Abschied bewilligt dem Assistenzarzt I. Cl. der Landwehr 2. Aufgebots Dr. Anton Kolbmann (Gunzenhausen).

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 15. Jahreswoche vom 8. bis 14. April 1894.

Betheil. Aerzte 375. — Brechdurchfall 23 (12*), Diphtherie, Croup 41 (30), Erysipelas 17 (19), Intermittens, Neuralgia interm. — (3), Kindbettfieber 2 (—), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 12 (10), Ophthalmo-Blennorhoea neonatorum 7 (7), Parotitis epidemica 16 (14), Pneumonia crouposa 47 (39), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 34 (36), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 18 (7), Tussis convulsiva 10 (17), Typhus abdominalis 1 (—), Varicellen 19 (25), Variolois — (—). Summa 247 (219). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 15. Jahreswoche vom 8. bis 14. April 1894.

Bevölkerungszahl 380,000.

Todesursachen: Pocken — (—*), Masern — (—), Scharlach 4 (3), Rothlauf — (—), Diphtherie und Croup 5 (1), Keuchhusten 1 (—), Unterleibstyphus — (—), Brechdurchfall 2 (2), Ruhr — (—), Kindbettfieber 2 (—), Croupöse Lungenentzündung 5 (8), Genickkrampf — (—), Blutvergiftung 2 (2), Acut. Gelenkrheumatismus 2 (—), andere übertragbare Krankheiten 2 (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 175 (183), der Tagesdurchschnitt 25,0 (26,2). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 23,3 (24,4), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 15,1 (17,5), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 13,9 (16,8).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.

Beilage zu No. 17 der Münchener Medicinischen Wochenschrift.

Zur Einführung der freien Arztwahl in München.

Referat, erstattet im ärztlichen Bezirksverein München am 14. April 1894 von Dr. *Dresdner*.

M. H.! Wenn ich es mir gestatte, der Begründung meines Antrages eine Vorrede vorauszuschicken und Ihnen in dieser einige Missverhältnisse innerhalb des ärztlichen Standes zu schildern, so ist dies meiner Ansicht nach durchaus nicht überflüssig. Dass die socialökonomische Lage sehr vieler und ehrenwerther Collegen keine rosige ist, weiss zwar ein Jeder von Ihnen, m. H., ich brauchte kein Wort weiter über diese Thatsache zu verlieren, welche an und für sich nicht hinreichen würde, um Sie zu irgend einem Schritte veranlassen zu müssen. Wohl aber ist ein Anlass zum Einschreiten für Sie vorhanden, m. H., wenn die wirthschaftlichen Verhältnisse des Standes der praktischen Aerzte sich im Laufe der Zeit so sollten gestaltet haben, dass wir heute berechtigter Weise von einem Nothstande sprechen dürfen: Ist ein Nothstand in der ärztlichen Welt, speciell in der ärztlichen Welt Münchens, vorhanden, so erkläre ich es unter allen Umständen für Ehrensache, Mittel und Wege zu suchen, welche eine Beseitigung desselben in Aussicht stellen. Wir wollen also einmal sehen, wie es hiermit steht, und eventuell im Anschlusse hieran sogleich der Frage näher treten, inwieweit es überhaupt möglich und wodurch, eine erst einmal anerkannte wirthschaftliche Noth aus der Welt zu schaffen.

M. H.! Die Frage nach dem Vorhandensein eines Nothstandes kann man und wird man, je nach seiner socialen Stellung, nach der Grösse seines Gemeinsinnes, je nach seinem Charakter, in verschiedener Weise beantworten. Ein College, m. H., welcher von jeher in glänzenden Verhältnissen lebt, welcher es niemals nöthig gehabt hat, den Kampf ums Dasein zu führen, oder der, welcher es vielleicht vornehm verschmäht, mit dem schlecht situirten Collegen zu verkehren und in Gedankenaustausch zu treten, dürfte zweifellos leicht geneigt sein, einen Nothstand zu leugnen, — er hat eigentlich nie Gelegenheit gehabt einen solchen kennen zu lernen. Und es ist interessant, m. H., dass auf der anderen Seite die, welche unter der Ungunst der heutigen Verhältnisse seufzen, welchen es auf keine Weise gelingen will, zu einer einigermaassen anständigen Existenz zu gelangen, die, welche man in wenig geschmackvoller Weise die Proletarier unseres Standes nennt, dass auch sie, sobald man sich bei ihnen nach ihrer Lage erkundigt, vielfach das Bestehen einer Noth für ihre Person in Abrede stellen, — aber einfach aus dem Grunde, m. H., weil sie sich schämen, das Unwürdige ihrer Situation zu offenbaren. Unter diesen Umständen ist es die Pflicht der Uebrigen, welche, zwischen den beiden Gruppen stehend, sich eine Kenntniss verschafft haben von den Dingen, wie sie sind, aufzutreten und das Wort für jene ohne eigenes Verschulden leidenden Collegen zu ergreifen. So habe auch ich mich kraft eines gewissen natürlichen Rechtes zum Wortführer jener Leute gemacht und in dieser Eigenschaft fordere ich Sie auf, einmal einen Rundgang anzutreten in die Wohnungen von mehr als 50 Proc. der hiesigen Collegen. Fragen Sie dieselben, wie sie zu leben gezwungen sind, wie und woher sie sich die Mittel für den täglichen Bedarf verschaffen, womit sie ihre Familien erhalten, auf welche Weise sie die grossen Summen, welche ein 5jähriges kostspieliges Studium verschlungen, wieder einbringen, — fragen Sie dieselben im Vertrauen, und die Antworten werden Ihnen die Augen öffnen. Es ist eben nicht Jeder in der Lage, Jahre hindurch aus dem Geldbeutel seines lieben Herrn Vaters zu leben. Und wenn Ihnen statistische Daten besonders imponiren, so erkundigen Sie sich einmal an gewissen Stellen, wie ich es gethan habe, nach den Einkommensteuer-Verhältnissen der hiesigen Aerzte! Die Discretion gebietet mir, keine näheren Angaben über die Resultate meiner Nachforschungen zu machen, aber so viel will ich Ihnen verrathen, dass ein unglaublich hoher Procentsatz der hiesigen Aerzte über ein steuerpflichtiges Einkommen gar nicht verfügt. Und wenn Sie noch weiter im Zweifel sind, m. H., so gehen Sie einmal hin zu den Cassenvorständen und fragen Sie dieselben, wie es allemal zugeht, so oft auch nur die allerdürftigste Cassenarztstelle ausgeschrieben wird. Da werden Sie hören, wie bei solchen Gelegenheiten jene traurigen Existenzen unseres Standes schaarenweise herbeiströmen, wie sie in den beweglichsten Tönen die Herren Vorstände zu rühren und nicht selten unter Verleugnung jeder persönlichen Würde Eindruck auf sie zu erzielen versuchen. Ein sehr angesehenes Vorstandsmitglied einer hiesigen Casse hat mir erklärt, er empfände jedesmal schon vorher ein Grauen vor dem Elende, welches er demnächst zu sehen bekommen werde; es sei ihm stets ein beklemmendes Bewusstsein gewesen, von dieser grossen Zahl gebildeter Leute immer nur einigen wenigen und auch diesen nur nothdürftig helfen zu können. Es ist weit gekommen, m. H., wenn akademisch gebildete Leute zu de- und wehmüthigen Bitten ihre Zuflucht nehmen können. Man muss billiger Weise ein inniges Mitgefühl mit diesen Collegen empfinden, aber dieses Mitgefühl muss gepaart sein mit dem lebhaften Bedauern darüber, dass eine solche Unsumme von Begabung und Talent, welche in irgend einer Form Verwendung finden könnte zum Wohle der Menschheit, völlig nutzlos brach liegt. Wahrlich, m. H., es sind durchaus nicht die schlechtesten Elemente unter den Aerzten, die heute zu kümmerlichem Dasein verurtheilt sind: Gediegene Kenntnisse schaffen Selbständigkeit, erhöhen das Selbstbewusstsein bis zu einem Grade, dass die, welche es besitzen, es nun einmal nicht über sich gewinnen, von Thür zu Thür zu antichambriren, vor Gevatter Schuster und Schneider als den Cassenvertretern tiefe Reverenzen zu machen oder überhaupt den bekannten dornenvollen, dehmütigungsreichen Weg zu beschreiten, der leider Gottes heute nicht selten am ehesten zu einer Existenz führt. Und Sie, meine Herren Professoren, dürften finden, wenn Sie sich für jene Leute interessiren, dass dieselben ehemals Ihre eifrigsten und besten, Ihre liebsten Schüler gewesen sind. So darf es nicht weiter gehen, m. H.! Wir haben die ernste Pflicht, unseren leidenden Collegen zu helfen oder wenigstens es nach besten Kräften zu versuchen, — und zu diesem Bestreben fordere ich alle für das ärztliche Wohl sich selbstlos interessirenden Elemente auf, sich zusammenzuschliessen, ohne Rücksicht auf sonstige Anschauungen und in der Ueberzeugung, dass eine Besserung unserer socialen Lage nur aus der eigenen, inneren Kraft des ärztlichen Standes heraus erfolgen könne.

Um nun entscheiden zu können, inwieweit und wodurch es eigentlich möglich sei, der innerhalb der ärztlichen Welt bestehenden Calamität zu steuern, müssen wir uns zuvor über die Ursachen verständigen, welchen es gelungen sie in die Welt zu setzen. Eine Reihe von Momenten kommt in dieser Beziehung in Betracht, und die Momente sind einigermaassen verschiedene, je nachdem es sich um grossstädtische oder um andere Verhältnisse handelt. Uns interessiren lediglich die ersteren, welche, wie Jedem bekannt ist, für den Arzt, zumal den jüngeren, von vornherein ungünstiger liegen. Einmal sind es die vielen Kliniken und Krankenhäuser, welche ein bedeutendes Material für sich absorbiren, womit ich natürlich nichts gegen die Krankenhäuser im Allgemeinen zu sagen beabsichtige. Das Curpfuscherthum, m. H., welches in den Grossstädten, besonders in München, in üppigster Blüte steht, schlägt unserem Stande täglich neue, blutende Wunden. Andere Momente mögen von untergeordneter Bedeutung sein, so die Unsicherheit der grossstädtischen Verhältnisse überhaupt, die Unsicherheit, wie sie durch den beständigen Wohnungswechsel geschaffen wird u. dgl. m. Inwieweit die behauptete starke Ueberfüllung unseres Berufes in den Grossstädten von Einfluss ist, darüber kann man vielleicht in Zweifel sein, — meiner Ansicht nach ist sie nur eine relative, insofern als, und das ist der Kernpunkt der Sache, ein ausserordentlich grosser Theil der Bevölkerung der öffentlichen Praxis einfach entzogen und in die Hände einer winzigen Minorität zur Behandlung gegeben ist. Diese Thatsache, wie sie durch die eigenthümliche Handhabung des Krankenversicherungsgesetzes geschaffen worden ist, müssen wir in erster Linie für die herrschende Misère verantwortlich machen. Ich stehe nicht an zu erklären, m. H., das Krankenversicherungsgesetz, so segensreich es im Allgemeinen auf die arbeitende Bevölkerung wirkt oder richtiger, so segensreich es wäre, würde es vernünftiger gehandhabt, dieses Gesetz bedeutet in der Weise, wie man es durchführt, für den weitaus grössten Theil der praktischen Aerzte ein Ausnahmegesetz schlimmster Art. Es gibt sonst keinen Stand, m. H., in welchem der übergrossen Mehrheit seiner Angehörigen die freie Ausübung des Berufes geradezu unmöglich gemacht ist. Soweit ich das ganze Gebiet der socialpolitischen Gesetzgebung überblicke, überall ist es der ärztliche Stand, auf dessen Kosten und zu dessen Nachtheile man neue Einrichtungen schafft. Der ärztliche Stand, der wahrlich wie kein zweiter Stand verdiente, von allen Seiten gehegt und gepflegt, von der allgemeinen Gunst getragen zu werden, ist heutzutage der Amboss, auf welchen mit Hammerschlägen die mehr oder minder guten Ergebnisse der socialpolitischen Experimente niederhageln. M. H.! Wir haben das Wort „Humanität“ auf unsere Fahne geschrieben und sind trotz der Verschlechterung unserer wirthschaftlichen Lage bereit, allen Bestrebungen gegenüber, welche auf das Wohl der arbeitenden Classe gerichtet sind, ein starkes Entgegenkommen zu beweisen, aber dieses Entgegenkommen kann und darf unter keinen Umständen so weit gehen, dass durch dasselbe der ärztliche Stand selbst in seinen Grundvesten erschüttert oder geradezu dem Ruine entgegengeführt wird. Was das Krankenversicherungsgesetz in der Weise, wie man es handhabt, von der Opferfähigkeit der Aerzte verlangt, geht weit hinaus über das Maass dessen, was man billiger Weise zu verlangen berechtigt ist. Und um die Sache von einer anderen Seite zu betrachten, frage ich Sie, m. H., kraft welcher moralischen Berechtigung übergibt man

150000 Menschen oder noch mehr einer Minorität von 85 Cassenärzten zur Behandlung? Bedeutet diese Thatsache nicht eine Vergewaltigung der übrigen 300 Münchner Aerzte! Ich will durchaus nichts Nachtheiliges gegen die Herren Cassenärzte sagen, aber das muss doch einmal ausgesprochen werden, was jedem von uns bekannt ist, dass jene 85 Bevorzugten sich in keiner Weise, weder durch ihre Fähigkeiten, noch durch ihr Wissen, noch durch ihren Charakter vor der übergrossen Mehrheit ihrer Collegen auszeichnen. Wer will es den Letzteren verübeln, wenn sie ihre Zurücksetzung mit tiefer Bitterkeit empfinden! M. H.! Ich meine, man hätte in einer so ernsten Zeit, wie der heutigen, wo der Kampf um die Existenz infolge der allgemeinen wirthschaftlichen Depression genugsam erschwert ist, alle Ursache, die Momente aus dem Wege zu räumen, welche innerhalb unseres Standes von gänzlich Gleichberechtigten künstlich Ungleichheiten in Bezug auf den Erwerb des Lebensunterhaltes geschaffen haben. Wir dürfen verlangen, dass das, was man gemeinhin als den Grundzug der heutigen Gesellschaftsordnung bezeichnet, der freie Wettbewerb der Kräfte, für den überwiegenden Theil der praktischen Aerzte nicht mehr länger etwas anderes sei, als eine blosse Phrase. Wir dürfen verlangen, dass an Stelle des heutigen Bevorzugungssystems eine freie und anständige Concurrenz trete.

In diesem Sinne zunächst ist die Bewegung aufzufassen, welche seit einigen Wochen die Münchner ärztliche Welt beschäftigt, und in dem Verlangen gipfelt, dass an Stelle des bisherigen Systems cassenärztlicher Monopole die freie Arztwahl eingeführt werde.

Die freie Arztwahl ist aber nicht bloss ein Gebot der ausgleichenden Gerechtigkeit, sie ist auch sonst wie keine zweite Institution geeignet, zur Hebung der Wohlfahrt und des Ansehens des ärztlichen Standes beizutragen.

Und um sie zu erreichen, ist im Grunde genommen nichts weiter nöthig, als dass wir Aerzte unter und mit einander einig sind! Was die Einigkeit der Collegen vermag, dafür liefert folgendes Vorkommniss in Nürnberg einen lehrreichen Beweis. In Nürnberg gibt es neben anderen Cassen auch einige freie Hilfscassen, welche sich vor nicht langer Zeit gezwungen gesehen haben, mit dem überaus rührigen dortigen ärztlichen Bezirksvereine zu pactiren: Sonst würde sich kein anständiger Arzt gefunden haben, welcher Mitgliedern der betreff. Cassen einen Besuch unter einem Preise von 2 M. gemacht hätte. Ich habe hier einen originellen Brief, welcher von einem Vorstandsmitgliede einer dieser Hilfscassen an den Vorsitzenden einer hiesigen Casse gerichtet ist; der Brief ist mir bereitwilligst zur Verfügung gestellt worden, gestatten Sie, dass ich Ihnen einen Theil desselben verlese: „Der Versuch, mit einem Theile hiesiger Aerzte Vertrag abzuschliessen, scheiterte, da der ärztliche Bezirksverein es nicht duldet, dass mit einzelnen Aerzten Abkommen getroffen werden; um nun aber nicht die hohen Aerzte- und Arzneikosten bezahlen zu müssen, so schlossen neun Filialen der Hilfscassen verschiedener Gewerbe ein Cartell und wandten sich an den ärztlichen Bezirksverein behufs Abschluss eines Vertrages, genau so, wie es die Gemeindekrankencasse auch hat, was wir auch durchsetzten. Ohne Vertrag mussten wir den ärztlichen Besuch mit M. 2, die Sprechstunde mit M. 1 bezahlen, die Operationen rechneten uns die Aerzte an, wie es ihnen beliebte, da ja die gesetzlichen Ausführungsbestimmungen einen grossen Spielraum lassen".

Wie sieht es dem gegenüber mit der Einigkeit der Herren Collegen in München aus? M. H.! Als am 28. Februar ein von mir gestellter Antrag bei Ihnen einstimmige Annahme fand, hatte ich ein gewisses Recht zu der Hoffnung, es werde sich auch bei der endgültigen Entscheidung der Sache ein einiges Votum erzielen lassen. Was mir indessen in der Zwischenzeit bis auf den heutigen Tag von verschiedenen Seiten zugetragen worden ist, lässt mich den etwas fatalen Schluss ziehen, dass es mit der Einigkeit der Münchener Herren Collegen leider noch gute Wege habe. Es ist vielleicht nicht uninteressant, einmal zu sehen, wie sich die hiesigen Collegen der Frage der freien Arztwahl gegenüber verhalten. Da möchte ich drei Kategorien unterscheiden. Die erste ist naturgemäss die, auf welche ich mich am meisten verlassen kann; ich will sie die Kategorie der „begeisterten Anhänger" der freien Arztwahl nennen, die der „Sanguiniker" in dieser Frage. Zu ihr gehört erstens die sehr bedeutende Zahl derer, deren traurige sociale Lage ich Ihnen zu schildern versucht habe, ferner die nicht geringe Menge solcher Collegen, welche es, verzeihen Sie den banalen Ausdruck, zwar „nicht nöthig haben", aber in einem gewissen angeborenen Gerechtigkeitgefühle es nicht mehr länger mit ansehen wollen, wie nach wie vor an dem ärztlichen Stande ein schweres Unrecht verübt wird. Die zweite Kategorie, m. H., stehe ich nicht an als die schlimmste zu erklären, es ist die Kategorie der „Phlegmatiker" in der Frage der freien Arztwahl, mit der besonderen Abart der „platonischen Liebhaber", — Collegen, welche, um mich wieder so auszudrücken, es natürlich erst recht nicht nöthig haben, welchen aber in schwachen Stunden ihr Gewissen das Unrecht, unter welchem so viele wackere Collegen leiden, in mehr oder minder peinlicher Weise vor Augen führt. So sind sie denn wenigstens in der Theorie Anhänger der freien Arztwahl. Das ist schon etwas, aber leider nicht genug! Man muss auch den Muth seiner Ueberzeugung haben. Es ist doch nicht der Beweis eines besonderen Muthes, wenn man es nicht über sich gewinnt, das, was man in der Theorie längst für richtig erkannt hat, wenigstens einmal versuchsweise in die Praxis zu übersetzen. Sind denn die Erfahrungen, welche man in anderen Städten mit der freien Arztwahl gemacht hat, so schlechte, dass man nicht endlich auch in München an die Verwirklichung dieser Idee gehen solle? Das Gegentheil ist der Fall, m. H.! Beiläufig bemerkt, ich verdanke die Informationen, welche ich Ihnen zu geben beabsichtige, ausschliesslich allerersten Quellen, sie haben demnach Anspruch auf volle Glaubwürdigkeit.

Die freie Arztwahl ist bisher in folgenden Städten, wenn auch nicht für alle Versicherte, so doch für den grössten Theil derselben, zur Einführung gelangt: In Berlin, Frankfurt a/M., Hamburg, Leipzig u. a. und, um auch bayerische Städte zu erwähnen, in Nürnberg. Ueberall haben sich in der ersten Zeit nach ihrer Einführung diverse Missstände geltend gemacht, es ist aber eine Kleinigkeit gewesen sie abzustellen, so dass heute in den genannten Orten die freie Arztwahl ganz ordentlich functionirt.

In Berlin haben Cassen mit insgesammt 168 000 Mitgliedern — mehr als die Hälfte sämmtlicher Versicherter — die freie Arztwahl, noch in diesem Jahre treten weitere 30 000 hinzu. Ich pflege die Berichte über die Versammlungen, welche die gewählten Vertreter der Cassenmitglieder abhalten, regelmässig zu lesen, man ist mit der freien Arztwahl zufrieden, auch die Aerzte sind es im Allgemeinen. Ich lege Ihnen hier eine übersichtliche Zahlenzusammenstellung vor, welche von dem Vorstande der Berliner Ortskrankencassen mit freier Arztwahl getroffen worden ist, zum Vergleiche der Cassenverhältnisse vor bezw. nach Einführung der freien Arztwahl. Sie finden am Ende folgende Worte:

> „Durch vorstehende Zusammenstellung ist eine Aufgabe gelöst, aus deren Inhalt hervorgehoben werden muss, dass bei Prüfung der Zahlen in Bezug auf die freie Arztwahl ein Ergebniss vorhanden ist, welches geeignet erscheint, alle bis jetzt gegen dieselbe aufgetauchten Gerüchte zu zerstreuen."

In Nürnberg hat der dortige ärztliche Bezirksverein die freie Arztwahl durchgesetzt bei der grossen Gemeindekrankencasse, welcher mit Ausnahme einiger Betriebe alle Arbeiter angehören, bei der Ortskrankencasse, zu welcher die polygraphischen Gewerbe gehören, bei den bereits genannten freien Hilfscassen, sowie bei einer Reihe von Familiencassen. Mit allen steht der Bezirksverein im Vertragsverhältniss, Aerzte wie Versicherte sind zufrieden. Und wenn Sie mir vielleicht entgegnen wollten, die in den genannten Städten gemachten Erfahrungen seien noch von viel zu kurzer Dauer, als dass sie ein abschliessendes Urtheil gewähren könnten, so weise ich Sie auf das grossartige Beispiel hin, welches bereits seit 9 Jahren die wackere Stadt Leipzig bietet, leider ohne über das Königreich Sachsen hinaus recht viel Nachahmung zu finden. Unter den Leipziger Cassen dominirt die grosse, centralisirte Ortscasse, die grösste ihrer Art in Deutschland, mit — 1893 — 87 790 Mitgliedern; sie hat seit ihrem Bestehen, seit 1885, die freie Arztwahl. Ich werde noch öfters Gelegenheit haben, auf die Verhältnisse dieser Casse zu sprechen zu kommen, ich halte sie nämlich in jeder Beziehung für mustergiltig, für jetzt nur die Bemerkung, dass mir ihr erster Vorsitzender selbst mittheilt, die freie Arztwahl habe sich bis auf den heutigen Tag durchaus bewährt. M. H.! Einer solchen neunjährigen Praxis gegenüber hat kein Mensch mehr das Recht, von der Undurchführbarkeit der freien Arztwahl zu reden. Sollte dies trotzdem fernerhin geschehen, ohne dass zugleich der stricte Beweis dafür erbracht wird, so möge man sich nicht darüber wundern, wenn andere Motive dahinter vermuthet werden. Hoffen wir also, dass wir in Zukunft an unseren lieben Herren „Phlegmatikern" die eifrigsten Förderer unserer Sache haben werden.

So komme ich denn zur dritten Kategorie, zu der der derzeitigen Cassenärzte, in welchen man gemeinhin, freilich mit Unrecht, die natürlichen Gegner der freien Aerztewahl erblickt. Es gibt unter ihnen edel und gerecht denkende Leute in grosser Zahl, welche es nicht allein unangenehm empfinden bevorzugt zu werden, welche vielmehr an die Beseitigung ihrer Vorrechte selbst mit Hand anlegen wollen: Dies beweisen mir die zahlreichen Zuschriften aus ihren Kreisen, sie gereichen ihren Schreibern zur höchsten Ehre. Betreffs der Uebrigen muss ich annehmen, dass sie über das wahre Wesen der freien Arztwahl nicht recht orientirt sind. Es ist nämlich eine Thatsache, dass aller Orten, wo die freie Arztwahl zur Einführung gelangt ist, gerade die ehemaligen Cassenärzte den Hauptvortheil davon gehabt haben; in Berlin besteht geradezu eine Missstimmung gegen die Aufnahme ehemaliger Cassenärzte in den Verein der freigewählten Aerzte.

Ich will einmal ganz offen mit Ihnen sprechen, meine Herren Cassenärzte: Wäre wirklich von der Durchführung der freien Arztwahl eine materielle Einbusse für Sie zu befürchten, — darum müsste die freie Arztwahl doch eingeführt werden! Es ist eben nicht anders, — das Interesse der Gesammtheit steht über dem Interesse einer Minorität! Würde ich nicht die Initiative in dieser Sache ergriffen haben, so würde es ein Anderer gethan haben, vielleicht in weniger anständiger Form. Ich, m. H., hätte sicherlich Bedenken getragen, eine Bewegung in's Leben zu rufen, die mich immerhin mancherlei Anfeindungen aussetzt, wenn ich nicht der ehrlichen Ueberzeugung gewesen wäre, dass Sie auch unter der freien Aerztewahl ganz vorzüglich bestehen werden. Ich kann mich sehr gut in Ihre Lage hineinversetzen; ich weiss, dass Viele unter Ihnen sich im Hinblick auf die Festigkeit ihrer Position eine Familie gegründet haben, es wäre ja barbarisch, Sie da mit einem Schlage vis-à-vis de rien setzen zu wollen: Dass diese oder eine ähnliche Eventualität eintrete, davon kann gar keine Rede sein. Freilich —

mit gewissen Einwänden dürfen Sie mir nicht kommen. Wollte mir ein Cassenarzt z. B. erklären, „Ich wohne in der X-strasse, meine Patienten wohnen in der dreiviertel Stunden entfernten Au; wenn dieselben nicht gezwungen sind, zu mir zu kommen, so werden sie sich hüten, den weiten Weg zu mir zu machen", so müsste ich darauf erwidern: „Sie scheinen ein geringes Zutrauen zur Anhänglichkeit Ihrer Patienten zu bezitzen, — ziehen Sie denn in Gottes Namen selbst in die Au, sehr verehrter Herr Collega!" Aber im Uebrigen lassen Sie sich einmal sagen:

Das Maass von Vertrauen und Achtung, welches Sie sich in Ihrer bisherigen Thätigkeit in so hohem Grade erworben haben, wird Ihnen auch unter der freien Arztwahl für die Erwerbung neuer Patienten zu Gute kommen. Dafür, dass Sie Patienten aus dieser oder jener Casse verlieren, erhalten Sie unter dem Regime der freien Aerztewahl so und so viele Patienten aus Cassen, in denen Sie bis dahin nicht angestellt gewesen sind. Bedenken Sie vor Allem das Eine! Sie haben bisher eine unverhältnissmässig grosse Zahl von Patienten den Krankenhäusern überwiesen — wir sprechen an anderer Stelle noch besonders darüber — Patienten, an denen vielleicht eine kleine Operation oder dergl. vorzunehmen gewesen, welche Sie sehr gut selbst hätten machen können, — nun, Sie haben dieselben in die Krankenhäuser geschickt, weil Sie erstens gar keine Zeit gehabt haben, Alle selbst zu behandeln, und zweitens, weil man Ihnen bisher für keine Ihrer besonderen Leistungen eine besondere Bezahlung hat geben wollen: [1]) Das ändert sich Alles unter der freien Arztwahl; Sie werden in Zukunft die Behandlung jener Patienten selbst übernehmen, neue Einnahmequellen eröffnen sich Ihnen. Sie werden sich auch Ihrer Privatpraxis etwas mehr widmen können. Seien Sie doch nicht so kleinmüthig! Ich habe mehr Zutrauen zu Ihnen, wie Sie allem Anscheine nach zu sich selbst. Und sollten Sie wirklich, allen Voraussetzungen zum Trotz, eine gewisse Zahl von Patienten dauernd verlieren, so bringt Ihnen die mit absoluter Sicherheit erfolgende Erhöhung der cassenärztlichen Taxe das Verlorene reichlich wieder ein. Also Muth gefasst, meine Herren Collegen! Was haben Sie denn überhaupt von Ihrer jetzigen Thätigkeit?! Führen Sie nicht ein überaus mühevolles Dasein? Den ganzen Tag geht es Trepp' auf Trepp' ab, des Nachts keine Ruhe, keine Ruhe an Sonn- und Feiertagen, keine Zeit zur Erholung oder zu anderer Beschäftigung, — und für diesen Aufwand an Gesundheit und Lebenskraft eine geradezu jämmerliche Bezahlung! 19 bis 39 oder 40 Pf. für eine Consultation in der Sprechstunde, 38 bis 78 oder 80 Pf. für einen Besuch in der Wohnung des Patienten, und ob Sie vielleicht 2 M. ausgeben für eine Droschke, um möglichst schnell zu einer Frau zu gelangen, welche in einer entfernten Vorstadt ihrer Entbindung entgegensieht und ob Sie Stunden lang mit dieser Entbindung beschäftigt sind oder ob Sie sonst eine schwere Arbeit verrichten, — günstigsten Falles erhalten Sie dafür Ihre 78—80 Pf., allermeistens aber noch weniger: So besoldet man in München die Aerzte der Ortskrankencassen u. s. w. Wir sind doch keine Geschäftsleute, dass man uns sagen dürfe „Die Masse muss es bringen". Für einen solchen Preis arbeitet kein Lohndiener, — arbeitet keiner von denen, welche als Versicherte Ihre Hülfe in Anspruch nehmen. M. H.! Ich habe bei den vielen Verhandlungen, welche ich meiner Sache wegen mit den verschiedensten Persönlichkeiten geführt habe, gefunden, dass der grösste Theil des besseren Publikums, wie man sich ausdrückt, — keine Ahnung von diesen unglaublichen Besoldungsverhältnissen besitzt, sonst, ich habe so viel Zutrauen zu dem Ehrgefühl der Bevölkerung, würde sich längst eine Entrüstung darüber erhoben haben. Eine derartige unzulängliche und unwürdige Bezahlung ist geeignet, den Arzt zu erbittern, sie muss die Freudigkeit an der Ausübung unseres herrlichen Berufes ertödten.

Und wer ist es, der in erster und letzter Linie dafür büsst?! Der Patient, der Versicherte selbst, der Arbeiter! Die Aerzte sind eben keine Engel, sondern Menschen mit natürlichen Bedürfnissen. Nicht Jeder kann sich beherrschen, man lässt es gelegentlich den armen Arbeiter entgelten, was man dort an Enttäuschungen erlebt: Das ist nicht schön, aber unter den geschilderten Verhältnissen leider Gottes nur zu erklärlich. Der arbeitenden Bevölkerung wird mit der üblichen Bezahlung der Cassenärzte zweifellos der allerschlechteste Dienst geleistet. Und so erleben wir, die wir nicht Cassenärzte sind, es denn täglich, dass zu uns Cassenversicherte kommen, und wenn wir ihnen sagen, „Wesshalb geht Ihr denn nicht zu Eurem Cassenarzte, da habt Ihr ja freie Behandlung, freie Arznei, Krankengeld u. s. w.", — da bekommen wir nicht selten die Antwort „Wir wollen nicht zum Cassenarzte!" Schöne Blüthen, welche die ungeschickte Durchführung des Krankenversicherungsgesetzes gezeitigt!

Fassen Sie mich nicht falsch auf, meine Herren! Ich bin weit davon entfernt, gegen die Herren Cassenärzte einen Vorwurf aussprechen zu wollen, im Gegentheil, ich glaube es gehört ein gewisses Maass von Selbstverleugnung dazu, um heut zu Tage überhaupt Cassenpraxis zu treiben. Aber Sie werden mir zugeben, dass es bei der grossen Zahl von Patienten, welche Cassenärzte behandeln müssen, häufig auch gänzlich unmöglich ist, dem einzelnen Kranken die Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit zuzuwenden, auf welche im Grunde genommen jeder leidende Mensch, ob bemittelt oder unbemittelt, Anspruch erheben darf. [2]) Der Patient merkt es gar bald, ob man ihn gründlich behandelt oder ob man ihn eilig abfertigt. Wäre Alles in Ordnung, so würden wir nicht hören, wie gerade aus den Kreisen der Versicherten heraus täglich mehr und mehr der Ruf nach der freien Arztwahl erschallt. Ist es denn nicht auch ein ganz natürliches Verlangen, sich den Arzt wählen zu dürfen, zu dem man eben Vertrauen hat? Das Vertrauen zu der Person des Arztes spielt, wie alle seelischen Vorgänge, eine ganz hervorragende Rolle hinsichtlich des Erfolges der Behandlung: Wer Lust hat, der möge von Autosuggestion dabei reden! Lesen Sie einmal die wunderschöne Rede, welche Herr Prof. v. Strümpell in Erlangen 1892 gelegentlich seines Prorectoratsantrittes gehalten, sie ist betitelt: „Ueber die Entstehung und Heilung von Krankheiten durch Vorstellung".

M. H.! Vielleicht haben Sie in den „Neuesten Nachrichten" von dem sog. Schlofer-Process gelesen, welcher sich zu Beginn des vorigen Monats in Zabern im Elsass abgespielt hat. Da war ein Mann aus dem Volke der Kurpfuscherei angeklagt, welche er seit 20 Jahren betrieben; er soll im Zustande der Hypnose „hell gesehen" und die abenteuerlichsten Sachen gemacht haben. Er besass einen colossalen Ruf im Elsass und im Badischen, und über seine Verurtheilung erhob sich in den genannten Weltgegenden ein sogenannter „Entrüstungssturm". Nun, m. H., ich befinde mich hier in einem Collegium von Aerzten, wir Alle wissen, dass es nirgends auf übernatürliche Weise zugeht. Aber das scheint mir, der ich den Process in elsässischen Zeitungen genau verfolgt habe, durch einwandsfreies Zeugniss vieler hochgebildeter, academisch gebildeter Leute erwiesen, dass jener Mann nicht nur Tausenden nicht geschadet, sondern dass auch nicht Wenige bei ihm (durch ihn?) ihre Gesundheit wieder erlangt haben. M. H.! Wir würden vor einem Räthsel stehen, wenn wir nicht wüssten, dass alle die Leute, welche bei dem „Schlofer" erschienen, zu ihm kamen im festesten Vertrauen auf seine Heilkraft: Ob die Leute wirklich geheilt sind oder ob die Heilung nur in ihrer Einbildung besteht, das ist bei einer grossen Reihe von Krankheiten, namentlich von nervösen Leiden, einigermaassen gleichgültig. — — der Effekt ist derselbe.

M. H.! Ganz abgesehen davon, dass ein Patient die Anordnungen des Arztes, zu dem er Vertrauen hat, seines Arztes, viel eifriger und williger befolgt. Uebrigens eine Frage, meine Herren, — hat es denn gar nichts Peinliches an sich, von Leuten, sei es auch nur indirect, Geld zu nehmen, welche lediglich einer Zwangslage zufolge in die Sprechstunde kommen .....? Mir wäre das sehr peinlich! Genug! Ich meine, wir sollten nicht in letzter Linie im Interesse der arbeitenden Bevölkerung, welche nichts oder kaum etwas anderes besitzt als ihre Gesundheit, für die Einführung der freien Arztwahl plädiren.

Ich bin überzeugt, so viel Zutrauen habe ich eben zu dem gesunden Sinne der arbeitenden Bevölkerung, dass dieselbe gern und freudig in eine mässige Erhöhung der Beiträge zu den Cassen einwilligen würde, wenn eine solche zur Durchführung der freien Arztwahl unumgänglich nothwendig wäre. M. H.! Selbst auf die Gefahr hin, deswegen angegriffen zu werden, will ich ruhig erklären, man ist, was die Höhe der Einzelbeiträge zu den Cassen betrifft, noch lange nicht überall an der Grenze des zu leisten Möglichen angelangt. Ich finde es z. B. nicht richtig, wenn die sämmtlichen männlichen erwachsenen Angestellten des höheren kaufmännischen Gewerbes ihre Beiträge an die Ortskrankencasse III nach einem Durchschnittstagelohne von M. 3 entrichten. Es gibt in dem genannten Gewerbe eine überaus grosse Zahl von solchen, welche weit mehr, mehr als das Doppelte von M. 3, täglich verdienen. Die grosse Leipziger Ortskasse, welche alle Gewerbe umfasst, unterscheidet, was die Berechnung des durchschnittlichen Tagelohnes betrifft, 8 verschiedene Classen, beginnend mit einem Durchschnittstagelohne von M. 4 und, immer um 50 Pf. abwärts gehend, herab bis zu einem Durchschnittstagelohne von 1/2 M. Dieses System ist nicht bloss vernünftig, es ist auch gerecht, denn denen, die mehr zahlen und leisten, wird auch mehr geleistet, sie erhalten ein entsprechend höheres Krankengeld, für sie zahlt man ein entsprechend höheres Sterbegeld u. s. w.

M. H.! Ich habe dies nur so nebenbei erwähnen wollen, ich hege nämlich die feste Ueberzeugung, dass, nur um die freie Arztwahl und was damit zusammenhängt, durchführen zu können, eine Erhöhung der Mitgliederbeiträge zu den Cassen niemals nothwendig werden wird, obwohl, das ist gar nicht zu bezweifeln, unter der freien Arztwahl weit mehr als bisher für ärztliches Honorar wird ausgegeben werden müssen, voraussichtlich beinahe das Doppelte. Ueberall, wo die freie Arztwahl besteht, hat die Gesammtsumme der ärztlichen Honorare eine beträchtliche Steigerung gegen früher erfahren, und so wird es auch in München der Fall sein; die grosse Frage ist eben nur die, wie die Cassen in der Lage sein werden, den erhöhten Honoraranforderungen gerecht zu werden. Nun,

1) Erst vor einigen Tagen erzählte mir ein Angehöriger der kaufmännischen Casse III: „Ich ging kürzlich zu dem Cassenarzte X. und bat ihn, mir eine kleine Verdickung am Finger anzuschneiden. Da fuhr er mich mit folgenden Worten an: Sie können doch nicht verlangen, dass ich für lumpige 40 Pf. eine Operation an Ihnen vollziehe, gehen Sie doch in die .... Klinik zu Professor .....!

2) Ein vielbeschäftigter Cassenarzt machte im Laufe der Discussion meines Antrages folgendes ehrliche Geständniss: „Nachdem man so in einer Sprechstunde 30—40 Menschen abgefertigt (beiläufig, wie viel Minuten entfallen auf den einzelnen Patienten?) da hat man am Ende der Sprechstunde ein geradezu deprimirendes Gefühl, wenn man sich fragt, was habe ich heute geleistet ...?!"

meine Herrn, es handelt sich überhaupt gar nicht um eine stärkere Belastung der Cassen, denn, um das Plus zu decken, bedarf es lediglich einer besseren und gerechteren Vertheilung der bei den Cassen bereits vorhandenen Mittel. Sie werden mich schon verstehen, meine Herrn, es ist aber doch vielleicht besser, wenn ich Ihnen zunächst einmal, wenigstens in kurzen Zügen, die Honorarverhältnisse schildere, wie sie in Berlin, Nürnberg und Leipzig bei den Cassen mit freier Arztwahl bestehen.

Hierzu muss ich vorausschicken, dass die Münchner Ortskrankenkassen für ärztliches Honorar ein

Pauschale von M. 1,82—2,00
pro Kopf ihrer Mitglieder und
pro Jahr entrichten.

In Berlin hat man das Pointsystem eingeführt. Man bezahlt für eine Consultation (S.) in der Wohnung des Arztes 3 Points (P.), für einen Besuch in der Wohnung des Patienten (B.) 6 Points, für einen zweiten Besuch an demselben Tage 3 P. u. s. w. Mit 6 P. Zuschlag zu S. und B. honorirt man z. B. eine Naht und ersten Verband bei kleinen Wunden, Troikart-Punctionen, die Einrichtung und den ersten Verband bei Fracturen und Luxationen kleiner Knochen u. s. w. Mit 14 P. Zuschlag bezahlt man die Einrichtung und den ersten Verband bei Fracturen und Luxationen der langen Röhrenknochen, der Patella, Naht und ersten Verband bei grösseren Wunden, Sehnen-, Nervennaht, Amputationen und Resektionen der Finger und Zehen u. s. w. Mit 24 P. Zuschlag zu S. oder B. honorirt man eine Transfusion, Herniotomie, Tracheotomie, Amputationen grösserer Gliederabschnitte u. s. w. Die Verrechnung nimmt der Verein der freigewählten Aerzte selbst vor, welchem am Ende eines jeden Quartals die Herren Collegen die genau specificirten Rechnungen bezw. die Summe ihrer Points einsenden, und zur Vertheilung an die Aerzte gelangt, was dadurch zu Stande kommt, dass die Cassen (in vierteljährlichen Raten und praenumerando)

pro Kopf ihrer Mitglieder und pro Jahr
ein Pauschale von M. 3 entrichten.

Es ist klar, m. H., dass der einzelne Point eine sehr verschiedene Höhe erreichen kann, welche ganz besonders abhängt von der Besuchsfrequenz, er ist in der That im letzten Jahre nur auf 13 Pf. zu stehen gekommen: Es hat demnach eine Consultation des Arztes nur $3 \times 13 = 39$ Pf., ein Besuch in der Wohnung des Patienten nur 78 Pf. eingebracht. Ich halte, noch aus anderen Gründen, dieses System nicht für empfehlenswerth.

In Nürnberg bezahlt man:

Für eine Consultation in der Sprechstunde (S)	0,50 M.
„ den ersten Besuch (B_1)	1,— „
„ jeden folgenden Besuch (B_2, $_3$, u. s. w.) .	0,75 „

Doch werden im Ganzen nur 10 Besuche pro Kopf der Patienten und pro Quartal honorirt: Hat man z. B. bei einem Patienten 15, bei einem anderen 10 Besuche im Quartal gemacht, so erhält man das Honorar für nur 20 Besuche, desgleichen, wenn man bei einem Patienten 19, bei einem zweiten nur 1 Besuch gemacht hat. Bei der Gemeindekrankencasse ist im vergangenen Jahre im Einverständnisse mit dem ärztlichen Bezirksvereine, allerdings erst nach hartem Kampfe, die Zahl der Besuche, welche pro Kopf und Quartal honorirt werden, von 10 auf nur 7 herabgesetzt worden: Gleichwohl kommen die meisten Aerzte damit aus, beziehen doch Einzelne von der Gemeindekrankenkasse allein 4000 bis 5000 M., namentlich wie mir ausdrücklich aus Nürnberg mitgetheilt wird, ehemalige Cassenärzte. Die übrigen, vorhin aufgeführten Cassen Nürnbergs zahlen nach wie vor 10 Besuche im Durchschnitt. Es existiren schliesslich noch einige Cassen aus älterer Zeit, eine von ihnen zahlt nur 60 Pf. für den Besuch und 11 Besuche pro Kopf und Quartal, trotzdem beziehen aus ihr allein Aerzte bis zu 2000 M., wiederum ehemalige Cassenärzte. Mit allen Cassen steht der ärztliche Bezirksverein im Vertragsverhältniss, er selbst wacht darüber, dass die Vertragsbestimmungen prompt erfüllt werden.

M. H.! Die besten cassenärztlichen Honorarverhältnisse hat unstreitig die grosse centralisirte Leipziger Ortscasse aufzuweisen; der Leipziger Taxe sollten wir, wenn irgend möglich, auch in München Eingang zu verschaffen suchen.

Die Ortscasse Leipzig und Umgegend hat im Jahre 1892 bei einer Mitgliederzahl von höchstens 83000 Menschen für ärztliches Honorar ausgegeben

Mark 355000.

In München haben die 10 Ortskrankencassen nebst den 21 Fabrikcassen nebst den fünf Innungscassen nebst der Gemeindekrankenversicherung, alle 37 Cassen mit insgesammt 89000 Mitgliedern für ärztliches Honorar (1892) nur ausgegeben

Mark 174000.

Es hat demnach die Leipziger Ortscasse, trotz einer um 6000 Menschen geringeren Mitgliederzahl, für ärztliches Honorar 181000 M. mehr als jene Gesammtheit hiesiger Cassen entrichtet, d. h. mehr als das Doppelte, und dabei ist, was wohl zu beachten, die sogen. Erkrankungsziffer in Leipzig keine höhere gewesen, als in München, — sonst wäre die bedeutende Differenz allenfalls erklärlich. Im Einzelnen hat man in Leipzig gezahlt:

Für eine Sprechstundenberathung (S.)	0,75 M.
„ einen Besuch im Wohnorte (B_1) und bis 1 km	1,— „
„ jeden Kilometer weitere Entfernung ausser M. 1,— noch eine Wegegebühr von .	0,50 „

Nachtbesuche und einige Extraleistungen, d. h. einige besondere ärztliche Verrichtungen, werden nach der Minimaltaxe bezahlt.

Denken wir uns einmal, m. H., es würden im Jahre 1892 in München dieselben Einzelsätze gezahlt worden sein, wie in Leipzig, — was würden jene 37 Cassen mit 89000 Mitgliedern alsdann Summa summarum für ärztliches Honorar ausgegeben haben?

Um die Rechnung nicht zu compliciren, will ich die besondere Bezahlung von Wegegebühren, Nachtbesuchen und Extraleistungen, wie sie in Leipzig üblich, einstweilen gänzlich vernachlässigen, auch wollen wir die Rechnung zunächst nur an einer einzelnen Casse anstellen, — nehmen wir also einmal die Ortskrankencasse III im zweiten Semester 1892:

Durchschnittliche Mitgliederzahl . . . . . 4445 Personen
An die Cassenärzte entfielen zur Behandlung **3564** „

Da die Casse III für ärztliches Honorar M. 1,— pro Kopf ihrer Mitglieder und pro Halbjahr entrichtet, so beträgt die Gesammtsumme der ärztlichen Honorare im zweiten Semester 1892, entsprechend den 3564 Menschen, **3564** Mark.

Consultationen sind in eben demselben Zeitraume abgehalten worden:

In der Wohnung des Arztes . . 6278
„ „ „ „ Patienten . 1705.

Da jede Consultation in der Wohnung des Patienten doppelt gerechnet wird, so sind im Ganzen

$$1705 \times 2 = 3410$$
$$+ 6278$$
$$\overline{9688}$$

Consultationen zur Verrechnung gekommen, für welche also, wie schon bemerkt, die Summe von **3564** M. bezahlt worden ist. Auf diese Weise brachte

eine Sprechstundenberathung (S) nur	36,79 Pf.
ein Besuch in der Wohnung des Patienten (B)	73,58 „ [3])

Hätte nun die Casse III 1892, wie die Ortscasse Leipzig, im Einzelnen für Sprechstundenberathung 75 Pf. und für den Besuch in der Wohnung des Patienten 1 M. entrichtet,

$$1705 \,.\, 1{,}-$$
$$+ 6278 \,.\, 0{,}75$$
$$\overline{6413 \text{ Mark,}}$$

so würde sie für ärztliches Honorar im Ganzen 6413 M. ausgegeben haben, also 2849 M. oder 80 Proc. mehr, als sie in der That ausgegeben hat. Bei besonderer Bezahlung von Kilometergebühren, Nachtbesuchen und Extraleistungen würden sich die 3564 M., welche sie bezahlt hat, mehr als verdoppelt haben.

Um diese Rechnung auf die Gesammtheit jener 37 Münchner Cassen auszudehnen, so würden dieselben, wenn sie nach Leipziger Sätzen honorirt hätten und bei besonderer Bezahlung von Wegegebühren und Nachtbesuchen, welche ich bei der Casse III vernachlässigt habe,

anstatt 174000 Mark
nahezu 340000 „

ausgegeben haben.

Die besondere Bezahlung einzelner Extraleistungen nach der Minimaltaxe würde diese Summe noch bedeutend erhöht haben.

Nun hat aber die Leipziger Casse das Recht, je nach ihrer Finanzlage und nach einem ganz bestimmten Modus von der Gesammtsumme der ärztlichen Honorare Abzüge zu machen: Durch diese Kürzung geht unter Umständen den Aerzten wieder verloren, was die besondere Honorirung von Extraleistungen ihnen einbringen würde. Das schadet aber nichts! Trotzdem stehen sich die Aerzte ganz gut, wir können unbesorgt den Münchner Cassen das gleiche Recht cediren.

Um zu resumiren: Wenn wir in München die Leipziger Taxe einführen und unter der Voraussetzung, dass die Cassen das Recht erhalten, gewisse Kürzungen vorzunehmen und selbstverständlich unter der weiteren Voraussetzung, dass die sog. Besuchsfrequenz unter der freien Arztwahl annähernd dieselbe bliebe, wie sie jetzt ist, wovon ich noch an anderer Stelle spreche, dürfte sich unter dem Regime der freien Arztwahl die Gesammtsumme der ärztlichen Honorare annähernd, aber nicht ganz, verdoppeln.

Um die erforderlichen Summen zu Stande zu bringen, müssten die Cassen pro Kopf ihrer Mitglieder und pro Jahr ein Pauschale von 3,60 Pf. entrichten, d. h. dieselbe Summe, welche von der Ortscasse Leipzig pro Kopf und pro Jahr thatsächlich gezahlt wird.

M. H.! Alles dreht sich um die Frage, wie wird das entstehende grosse Plus für ärztliche Honorare gedeckt werden können, ohne dass eine Erhöhung der Mitgliederbeiträge stattzufinden brauche.

Um diese Frage beantworten zu können, will ich Ihnen einmal drei Zahlen angeben und dieselben einander gegenüber stellen, — in ihnen repräsentirt sich, wenn auch nicht mein ganzes Programm, so doch ein grosser Theil desselben.

Jene 37 Münchner Cassen mit 89000 Mitgliedern haben im Jahre 1892 ausgegeben:

Für ärztliche Honorare die Gesammtsumme	174000 M.
„ Arzneien und Heilmittel	219000 „
„ Krankenhauscur und -Verpflegung . ,	392000 „

3) Um gerecht zu sein, füge ich hinzu, dass Casse III für das höhere, kaufmännische Gewerbe jetzt von selbst auf 40 bezw. 80 Pf. abrundet.

M. H.! Sie sehen, die geplagten praktischen Aerzte haben das Nachsehen gegenüber den Herrn Apothekern. Da behaupte ich nun, und zu dieser Behauptung geben mir die bei auswärtigen Cassen gemachten Erfahrungen ein Recht, wir sind in der Lage, die Ausgaben für Arzneien und Heilmittel um mindestens 30—40 proc. zu verringern, — ohne Schaden für die Patienten, vielleicht gerade zu ihrem Vortheile. Es wird von vielen Collegen nicht bloss sehr viel Arznei unnütz verschwendet, sondern es wird auch ebenso unrationell verschrieben. Man verschreibt heute eine grosse Flasche Medicin, lässt davon einige wenige Löffel nehmen, den Rest stellt man bei Seite, da man sich eines anderen besonnen, verschreibt wieder etwas anderes, und so geht das fort zum Nachtheile der Kassen — und zum Schaden des Patienten. Wir werden uns in Zukunft etwas mehr in Acht nehmen, wir werden weit mehr als bisher auf möglichste Billigkeit der Arzneimittel sowohl als auf einfachste Form der Dispensirung Bedacht nehmen müssen. Die Preishöhe irgend eines Arzneimittels beweist absolut gar nichts für seine Güte — und für seine Zweckmässigkeit. Vor allen Dingen werden wir, wo es auch nur immer angeht, uns der Handverkaufstaxe bedienen und die betreffenden Medicamente nicht nach Gewichtsmengen receptiren. M. H.! Ich weiss, dass es leichter ausgesprochen, als gemacht ist, wir werden uns eben gegenseitig erziehen. Sie finden Alles hierauf bezügliche in einem Büchlein von Dr. Dronke, „Arzneiverkehr für Krankencassen" (Hamburg, 1893. W. Mauke Söhne), auch enthält der Rechenschaftsbericht der Leipziger Ortscasse an seinem Ende ebenso genaue, wie interessante Angaben über rationelle Verschreibungsweise. (Dieser Rechenschaftsbericht wird, wie mein übriges Material für längere Zeit im Lesezimmer des ärztlichen Vereines niedergelegt werden). Ich sehe übrigens nicht ein, wesshalb wir nicht eine grosse, compendiöse Sammlung erprobter, aber billiger Recepte herstellen sollen, vielleicht unter Heranziehung der Formulae magistrales: Es ist zweifellos vernünftiger, die Auswahl in einer solchen Sammlung zu treffen, als, wie es heute so häufig geschieht, neue, theuere Heilmittel zu verschreiben, deren Wirkungsweise wissenschaftlich noch nicht einmal hinreichend erprobt ist. Dass in der That viel möglich gemacht werden kann, möge Ihnen der Bericht eines Mitgliedes der Receptrevisionscommission an die Vereinigung der Berliner Ortskrankencassen mit freier Arztwahl beweisen, aus welchem hervorgeht, dass der Preis der Recepte seit der Einführung der freien Arztwahl beständig billiger geworden sei, dass überhaupt die Bemühungen, die Ausgaben für Arzneimittel zu verringern, im Ganzen recht günstige seien. Es dürfte sich auch bei uns die Einsetzung einer Receptrevisionscommission empfehlen, welche die Verschreibungsweise der Herren Collegen zu prüfen und denen, welche nach wie vor durch ihre Verschreibungsweise den Cassen überflüssige Ausgaben verursachen sollten, in geeigneter Weise Vorstellungen zu machen habe. Weiter wollen wir den Cassen den Rath geben, die Anschaffung gewisser Materialien, wie Desinfectionsmitteln, Verbandstoffen, Schienen, Weinen, Cognac, Medicinflaschen u. s. w. in eigene Regie zu nehmen. Bis jetzt haben nur sehr wenige Cassen eigene Depôts. M. H.! Noch viele Ersparnisse sind möglich, bisher hat man einzig und allein an den Aerzten herumzusparen versucht.

Ich habe Ihnen bereits mitgetheilt, dass 37 Münchner Cassen mit 89000 Mitgliedern im Jahre 1892 für Krankenhauscur- und -Verpflegung 392000 M. ausgegeben haben. M. H.! Die grosse Leipziger Ortscasse hat, bei einer nur um wenige Tausende geringeren Mitgliederzahl, in dem gleichen Zeitraume 136000 M., also 256000 M. weniger als jene 37 Münchner Cassen, an die Krankenhäuser entrichtet. Zwar ist der Tagesbeitrag, welcher in Leipzig von den Cassen pro Kopf der Patienten an die Krankenhäuser gezahlt wird, geringer als hier, — ich glaube nicht dass desshalb die Patienten in den Leipziger Krankenhäusern schlechter verpflegt werden —, aber selbst wenn er der gleiche wäre, bestünde noch immer eine Differenz von 120000 M. Im Jahre 1893 — der Bericht liegt noch nicht vor — dürften die Ausgaben der Münchner Cassen für Krankenhausverpflegung sich noch um eine weitere, beträchtliche Summe gesteigert haben, nachdem die Stadtvertretung den Tagesbeitrag zu den Krankenhäusern von 2 M. pro Kopf auf 2.20 M., also um 10 proc. erhöht hat. Man sollte doch nicht den Kassen, die ohnehin schlecht genug situirt sind, immer weitere, schwere Lasten aufhalsen, aus Furcht, die Gemeindeumlagen um einige wenige Procente erhöhen zu müssen. An Krankenhäusern sollte überhaupt Nichts verdient, eher zugesetzt werden. M. H.! Ich sehe nicht ein, wesshalb wir uns nicht bemühen sollen, von den riesigen Summen, welche alljährlich von den Cassen an die Krankenhäuser gehen, eine Kleinigkeit für die praktischen Aerzte flüssig zu machen. Es ist doch eigentlich ungeheuerlich viel, was die Münchner Krankenhäuser der öffentlichen Praxis entziehen, — darum sind sie auch geradezu überfüllt. Sie können eine geringe Einbusse an Patienten spielend ertragen, unbeschadet ihrer Bedeutung als Lehrinstitute. Auch Leipzig ist Universitätsstadt, besitzt eine bedeutende medicinische Facultät, ich habe noch nie gehört, dass es in den dortigen Krankenhäusern an Lehrmaterial oder an Gelegenheit zu den verschiedensten Studien gebricht. Uebrigens dürfte sich der Uebergang eines Theiles der Krankenhausverpflegungsgelder auf die ärztlichen Honorare von dem Momente an, wo die freie Arztwahl zu functioniren beginnt, gewissermassen in Consequenz derselben, ganz von selbst vollziehen: Ich habe Ihnen bereits vorhin auseinandergesetzt, aus welchen Gründen ich annehme, dass die Cassenärzte unter der freien Arztwahl von selbst eine geringere Zahl von Patienten den Krankenhäusern überweisen werden als jetzt, ich brauche mich nicht zu wiederholen. Wenn wir von den vier- bis fünfmalhunderttausend Mark, welche die Krankenhäuser von 37 Cassen alljährlich erhalten, nur den 5. Theil für die praktischen Aerzte erübrigen, wenn diese Summe hinzukommt zu dem auf andere Weise — es folgen später noch weitere Vorschläge — Ersparten, so ist das zur Durchführung der freien Arztwahl nothwendige Mehr ärztlichen Honorares gedeckt. [4])

M. H.! Sie haben wohl längst bemerkt, dass die Spekulation, welche ich soeben vor Ihren Augen angestellt habe, mindestens auf sehr schwachen Füssen ruht. Eine einzige grosse Epidemie wirft das ganze Gebäude meiner Ideeen über den Haufen. Eine einzige grosse Influenzaepidemie ist im stande, selbst wenn wir uns der denkbar grössten Sparsamkeit befleissigen, die Ausgaben für Arzneien bis zu schwindelnder Höhe zu steigern, so dass für die praktischen Aerzte nur äusserst wenig oder gar nichts zu erübrigen wäre. Aber m. H. eine einzige grössere Epidemie oder zwei auf einander folgende Epidemieen können unter Umständen das ganze Münchner Cassenwesen über den Haufen werfen. Sehen Sie doch, meine Herren, dass schon unter den heutigen gesundheitlichen Verhältnissen die meisten Cassen nur mit Mühe und Noth im stande sind, den geringen Anforderungen, welche an sie gestellt werden, zu entsprechen! Kein Jahr vergeht, ohne dass die Mehrzahl unserer Ortskrankencassen schwere, zum Theil sehr beträchtliche Vermögensminderungen erleiden. Wenn es so weiter geht, dann dürfte es schwerlich mehr lange dauern, bis die Mehrzahl der Ortskrankencassen vor dem Bankrotte steht. Und da sollen sie nun gar noch die freie Aerztewahl einführen? Erst recht meine Herren! Die freie Aerztewahl setzt lebensfähige Cassen voraus: Ich bin überzeugt, dass die blossen Bemühungen, der freien Aerztewahl Eingang zu verschaffen, zu einer Besserung der Cassenverhältnisse beitragen werden. Und was den anderen Factor betrifft, Gewinn für ärztliches Honorar aus den Abzügen von den Krankenhausverpflegungsgeldern, so haben Sie ebenfalls längst bemerkt, dass derselbe bei einer Anzahl von Cassen überhaupt gar nicht in Betracht kommt: Es gibt Cassen, bei denen der grösste Theil der Versicherten unverheiratet ist oder richtiger kein eigenes Heim besitzt. Erkranken solche Personen, so müssen wir sie den Krankenhäusern überweisen, demnach dürfte sich bei den betreffenden Cassen schwerlich ein Kreuzer von den Krankenhausverpflegungsgeldern für uns abziehen lassen. Sollen wir darum bei diesen Cassen auf die freie Arztwahl verzichten? Durchaus nicht, meine Herren! Wenn wir die freie Arztwahl nicht bei sämmtlichen Cassen oder wenigstens bei der übergrossen Mehrheit derselben einführen, hat sie gar keine Bedeutung. Es gibt einen Modus, welcher es den Cassen nicht bloss unter allen Verhältnissen gestattet, den erhöhten Honoraranforderungen Genüge leisten zu können, welcher sie überhaupt in die Lage versetzt, gegen jeden Stoss, gegen jede Eventualität gerüstet zu sein: Dieser Modus ist dann vorhanden, wenn die Cassen sich zu gemeinsamer Thätigkeit zusammengeschlossen haben. Es sind, wie Sie wissen, Bestrebungen im Gange, um einen Cartellverband der Ortskrankencassen zu Stande zu bringen. Möge es gelingen — obwohl ich in ihm nichts als ein Uebergangsstadium erblicke. Da der Zusammenschluss der Cassen in Bezug auf die Durchführbarkeit der freien Arztwahl von der grössten Bedeutung ist, so bin ich gezwungen, Ihnen darüber einiges mitzutheilen, gestatten Sie jedoch freundlichst, dass ich Ihnen vorher noch die Einwände vorführe, bezw. widerlege, welche mir gegenüber von verschiedenen Leuten, besonders Cassenangestellten, gegen die freie Aerztewahl erhoben worden sind.

M. H.! Der erste Einwand ist ein derartiger, dass man sich eigentlich scheuen muss, ihn zur Sprache zu bringen; umgehen lässt es sich nicht. Daher will ich bemerken, dass ich, weit davon entfernt, irgend einen von Ihnen verletzen zu wollen, gar nicht einmal glaube, dass die, gegen welche der Einwand sich richtet, Mitglieder des ärztlichen Bezirksvereines sind. M. H.! Man glaubt befürchten zu müssen, es werde sich unter der freien Arztwahl die Gewinnsucht und die Geschäftsmacherei einzelner Aerzte in empfindlichster Weise zum Nachtheile der Cassen geltend machen. Es ist nicht zu läugnen, dass in der That von diesem oder jenem Collegen Besuche gemacht werden, welche ihrer Zahl nach in gar keinem Verhältnisse zur Geringfügigkeit der Diagnose stehen. Dass etwas an diesem Einwande ist, beweisen auch die in anderen Städten gemachten Erfahrungen. Wenn ich Ihnen vorhin erzählt habe, dass in Berlin der einzelne Point im vergangenen Jahre nur auf 13 Pf. zu stehen gekommen ist, so liegt dies, wie mir ein Berliner College, welcher es

4) Hierzu möchte ich bemerken, dass für die ausserhalb der Krankenhäuser befindlichen Patienten Krankengeld gezahlt werden muss. Wie einer der Herren Collegen ganz richtig bemerkt hat, würde demnach ein grosser Theil der M. 2.20 von dem Krankengelde verschlungen werden. Das Krankengeld beträgt die Hälfte des durchschnittlichen Tagelohnes, also bei den Ortscassen III und V für männliche, erwachsene Patienten M. 1.50, für weibliche, erwachsende Kranke M. 1.25, bei den übrigen Ortscassen für erstere M. 1.25, für letztere M. 1.—. Aber für alle, männliche wie weibliche, wird, sobald sie in den Krankenhäusern sind, M. 2.20 bezahlt. Arzneien brauchen nicht täglich verschrieben zu werden, es bleibt demnach immer noch etwas für die Aerzte übrig, wenn auch vielleicht nicht genug. Ich habe gar nicht behaupten wollen, dass die ganzen M. 2.20 sich in ärztliches Honorar verwandeln werden. Uebrigens werden wir uns noch nach anderen Aequivalenten umsehen.

wissen muss, da er mit an der Spitze der dortigen Bewegung steht, mittheilt,

„an dem Uebereifer vieler Collegen im Besuchen der Patienten und in der Gewinnsucht einzelner. Einige Collegen haben wir vor die Beschwerdecommission geladen und ihnen bedeutende Abstriche gemacht, da aus dem Berichte der Revisionscommission hervorging, dass unnütz viel verschrieben worden, viele unnütze Besuche gemacht waren."

Ein College aus Nürnberg schreibt mir:

„Eine Commission des ärztlichen Bezirksvereines wacht darüber, dass die Cassen nicht von Seiten einzelner Collegen durch zu viele Besuche ausgenützt werden, wovon leider nicht alle Collegen frei zu sprechen sind."

Und in Leipzig hat im Jahre 1888 die grosse Ortscasse im Einverständnisse mit der ärztlichen Vertrauenscommission 7 Cassenärzten (unter 167) gekündigt, welche, wie es in dem Berichte heisst,

„in ihrer überreichlichen Fürsorge für ihre Patienten den Aufwand der Casse unverhältnissmässig vertheuerten."

Man hat sich allerdings auf Ansuchen der betreffenden Aerzte und nach erneuten Verhandlungen mit der ärztlichen Vertrauenscommission gütlich geeinigt. Sie sehen also, meine Herren, so ganz ist der erwähnte Einwand nicht von der Hand zu weisen, nur bedeutet er nichts gegen die freie Arztwahl im Allgemeinen. Wir sind in der Lage, die Cassen gegen derartige Ausbeutungen zu schützen, wir werden zu diesem Zwecke eine Vertrauenscommission einsetzen, bei welcher die Cassen jeder Zeit ihre Beschwerden anbringen können. Ich weiss es sehr wohl, meine Herren, dass Sie eine Abneigung besitzen gegen Alles, was auch nur annähernd nach Disciplinarbefugnissen aussieht, aber ohne gewisse Garantieen für die Cassen geht es nun einmal nicht. Sie laufen übrigens dabei gar keine Gefahr: Die Mitglieder der Vertrauenscommission werden von Ihnen selbst gewählt, sie verpflichten sich ehrenwörtlich durch Handschlag in die Hände des Vorsitzenden, gerecht und unparteiisch zu urtheilen, — ist denn eine solche Einrichtung nicht viel vernunftgemässer als die jetzige, bei der sie lediglich den Disciplinarbefugnissen von Laienelementen unterliegen?

M. H.! Ein anderer Einwand gegen die freie Arztwahl ist von geringerer Bedeutung, ich erwähne ihn nur der Vollständigkeit halber, er gipfelt in der Befürchtung, es werde München nach Einführung der freien Arztwahl zum Sammelpunkt und Zufluchtsort aller möglichen und unmöglichen ärztlichen Elemente, namentlich jüngerer, werden. Alle würden hier ein Feld ihrer segensreichen Thätigkeit erblicken! M. H.! Ich habe aller Orten, wo die freie Aerztewahl besteht, angefragt, ob daselbst seiner Zeit ein Zuzug auswärtigen, ärztlichen Materiales stattgefunden habe, — nirgends ist es der Fall gewesen und so wird es auch bei uns nicht der Fall sein, glaubt man aber wirklich sich gegen so etwas schützen zu müssen, so ist dies leicht zu bewerkstelligen; sollte die Ueberfluthung so stark werden, dass Gefahr im Verzuge, so möge man zu dem verzweifelten Mittel einer Karenz- oder Entbehrungszeit für solche, so sich nieder zu lassen beabsichtigen, greifen, besonders als Abschreckungsmassregel für die, welche das Unglück haben, „junge" Aerzte zu sein! Bitte, meine Herren, erschrecken Sie nicht, wenn ich Ihnen — ersparen kann ich es Ihnen leider nicht — noch Folgendes mittheile: Man glaubt befürchten zu müssen, die Herrn Aerzte werden unter der freien Arztwahl der Simulation Vorschub leisten, „damit ihnen um alles in der Welt nur ja kein Patient entschlüpfe." M. H.! Es muss einen mit tiefer Trauer erfüllen zu sehen, wie wenig Vertrauen man den Aerzten entgegenbringt. Es ist schmachvoll, dass ein solcher Verdacht überhaupt aufkommen kann: Mögen Sie gerade hierin eine der demoralisirenden Wirkungen des heutigen Cassenunwesens erblicken! Ich lese in einer hiesigen Zeitung:

„Der Vorwurf, dass die zur Zeit ausserhalb stehenden Aerzte im Falle ihrer Zulassung die Cassen ausbeuten würden, um möglichst viel Geld herauszuschlagen, dass diese Aerzte sich an ihre Kranken „anhängen" würden, dass manche Aerzte, um sich Zulauf zu verschaffen, das Simulantenthum grossziehen würden, dass die kommenden jungen Aerzte die Versicherten als „Versuchskaninchen" betrachten würden, geht in seiner Allgemeinheit denn doch zu weit."

Wir werden den Herren Vorständen beweisen, dass der ärztliche Stand ein derartiges Misstrauen nicht verdient. Die allerbeste Antwort von unserer Seite dürfte darin bestehen, dass wir uns in Zukunft der denkbar grössten Sorgfalt und Vorsicht bei der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit befleissigen. Ich stimme dem vollständig bei, was ich kürzlich in dem Berichte eines hiesigen Verbandes gelesen:

„In der jetzigen Zeit, wo Arbeitslosigkeit und wirthschaftliche Noth in vielen Arbeiterfamilien epidemisch geworden ist, wo die Krankencasse von Manchem als Rettungsanker hergenommen wird, darf nicht der Simulation Vorschub geleistet werden."

M. H.! Wir sind es gerade den wirklich Kranken schuldig, jeden Simulanten energisch abzuweisen. Uebrigens haben es die Cassen selbst in der Gewalt, sich gegen Simulationsversuche zu schützen, sie brauchen zu diesem Zwecke nur eine grössere Anzahl von Berufs- und freiwilligen Controleuren anzustellen, wie es in Leipzig der Fall ist, — doch müssen die letzteren auch ihre Pflicht thun, anstatt gemüthlich zu Hause zu sitzen.

M. H.! Sonst ist mir unter Allem, was Cassenbeamte und andere Leute, welche vom Cassenwesen etwas verstehen, gegen die freie Aerztewahl in's Treffen geführt haben, Nichts entgegen getreten, was geeignet sein könnte, die Einführung der freien Arztwahl unmöglich zu machen oder auch nur zu erschweren.

M. H.! Nach diesem kleinen Abstecher komme ich nunmehr zum letzten, aber durchaus nicht unwichtigsten Theile meines Vortrages, welcher Ihnen die Idee eines Zusammenschlusses der Cassen zu veranschaulichen bestimmt ist. Um nicht zu ausführlich zu werden, mögen dieser Betrachtung lediglich die Verhältnisse der Ortskrankencassen zu Grunde gelegt werden. Sechs der Letzteren haben im Jahre 1892 eine zum Theil sehr beträchtliche Einbusse an ihrem Vermögen erlitten, die Casse VIII, die des Bau-, Kaminkehrer-, Töpfer-, Handlangergewerbes, allein eine solche von 43990 M.

M. H.! Die Ortscasse VIII ist die, in welcher sich Alles zusammenfindet, was in anderen Berufen aus irgend einem Grunde abgewirthschaftet hat, — Leute, welche in Folge der Verringerung der Arbeitsgelegenheit in anderen Berufen nicht mehr zu brauchen gewesen sind, aber auch solche in grosser Zahl, welche in anderen Berufen eine Schwächung ihrer Gesundheit erlitten oder alt, krank und gebrechlich geworden sind. Entlassen, hören sie auch alsbald auf, den betreffenden Berufscassen anzugehören. Die Leute wollen aber nicht verhungern, wollen sich auch für den Fall einer ernsteren Erkrankung freie Behandlung, freie Arznei, Krankengeld u. s. w. sichern, — sie sehen sich also nach einem anderen Berufe um; nicht in jedem finden sie Platz, auch sind sie nicht zu jedem befähigt, sie ergreifen ganz naturgemäss den, zu welchem sie keine besondere Vorbildung brauchen, — denn Handlanger kann jeder werden, meine Herren. Als Handlanger gehören sie alsbald zur Casse VIII. Schon aus dem Umstande, dass dieser Classe so viele in ihrer Gesundheit geschwächte Individuen beitreten, ist es ohne weiteres erklärlich, dass auch unverhältnissmässig viele Leute dieser Casse erkranken. Man ist, wie ich bemerkt habe, den Angehörigen dieser Casse gegenüber geneigt von Simulation zu sprechen, — aber, meine Herren, diese Casse hat auch die höchste Sterbeziffer sämmtlicher Cassen Münchens! Es ist wahrlich kein Wunder, wenn eine Casse, welche anderen eine so bedeutende Zahl von kränklichen Leuten abnimmt, Leuten, welche, so lange sie gesund gewesen, Jahre hindurch für andere Cassen gezahlt haben, vielleicht ohne sie jemals in Anspruch zu nehmen, ungewöhnlich stark belastet ist. Haben nun jene anderen Cassen ein Recht, der Casse VIII gegenüber mit ihren Ueberschüssen zu prahlen, oder besteht nicht vielmehr eine gewisse moralische Verpflichtung für sie, der Casse VIII zu helfen, sie nicht untergehen zu lassen? Ich überlasse Ihnen die Antwort, meine Herren. Oder betrachten Sie einmal die Casse VII, die der Textil- und Bekleidungsindustrie: Alljährlich werden in den verschiedensten Berufen und Cassen so und so viele weibliche Wesen schwanger. Alsdann kann man sie weder im kaufmännischen Gewerbe, noch im Wirths- und anderen Gewerben länger verwenden, man entlässt sie, womit sie auch aus den betreffenden Berufscassen austreten. Die Frauen wollen aber leben, sie wollen sich auch für den Fall ihrer Niederkunft das vierwöchentliche Wöchnerinnengeld sichern, sie sehen sich also nach einer anderer Beschäftigung um, sie ergreifen wiederum ganz naturgemäss die, welche ihnen erstens eine sitzende Lebensweise gestattet, zu welcher sie aber als Weiber auch am besten vorgebildet sind, — denn schneidern kann jede Frau ein wenig! Sie arbeiten also bis zu ihrer Niederkunft bei einer Schneiderin, gehören somit zur Casse VII für die Textil- und Bekleidungsindustrie, zahlen ihr 6 Monate Beitrag, nachdem sie vielleicht Jahre lang anderen Cassen ihre Beiträge entrichtet, ohne sie in Anspruch zu nehmen, — so muss denn die Casse VII für eine ganz unverhältnissmässig grosse Zahl von Weibern Wöchnerinnengeld zahlen, ein Moment, welches die Casse in ungewöhnlicher Weise belastet. Meine Herren, ich habe mich bemüht, die natürlichen und socialen Ursachen zu ergründen, welche die Finanzlage der einzelnen Cassen bestimmen und dabei bin ich zu der festen Ueberzeugung gelangt, dass bei der heute üblichen Eintheilung nach Berufen jedes Moment, welches in irgend einer Weise diese oder jene Casse entlastet, mit absoluter Nothwendigkeit eine andere in entsprechender Weise belastet: Es gibt keinen günstigen Stand einer Casse, welcher nicht einen verschlechternden Einfluss ausübte auf den Stand einer anderen. Und nun frage ich sie noch einmal, m. H.! Liegt in dieser Thatsache nicht die moralische Berechtigung zu der Forderung vor, dass ein Ausgleich geschaffen werde zwischen den Ueberschüssen der einen und den Minderergebnissen der anderen Cassen? Das meine ich wohl! Ein Ausgleich ist aber nur möglich dadurch, dass die Cassen sich in irgend einer Form zusammenschliessen!

Der Zusammenschluss der Cassen ist aber auch ein Gebot der Klugheit! Zum Beweise dessen will ich Ihnen aus dem Rechenschaftsberichte der Leipziger Ortscasse die Gründe verlesen, welche dort für die Centralisation massgebend gewesen sind. Man hat sich gesagt,

1. „Die Verwaltung werde billiger, übersichtlicher, einheitlicher, einfacher werden."

Hierzu möchte ich bemerken, dass die Verwaltungskosten der Münchner Ortskrankencassen trotz ihrer Zersplitterung sogar etwas niedriger sind, als die Verwaltungskosten der Leipziger Ortscasse trotz der Centralisation. Es kommen bei den hiesigen Ortscassen auf ein einzelnes Mitglied pro Jahr nur M. 1.42 für Verwaltungskosten.

Dagegen bezahlen die 5 Innungscassen bereits M. 2.16 pro Kopf und pro Jahr, ferner sehe ich nicht ein, wesshalb man, wenn es möglich, die schon jetzt niedrigen Verwaltungskosten der Ortscassen nicht noch mehr erniedrigen solle. Nun zur Hauptsache: Wenn die Verwaltungskosten der Leipziger Ortscasse nicht niedriger sind als die der hiesigen Ortscassen, so liegt dies ganz einfach daran, dass die erstere in Leipzig und Umgegend 44 Meldestellen und 5 Filialzahlstellen unterhält. In München muss jedes Gebein, welches mit den Ortscassen irgend etwas zu thun hat, sei es von Giesing oder der Au, die Reise nach Daniel's Löwengrube antreten. Man sollte doch bedenken, dass der Arbeiter neben seiner Gesundheit Nichts zum Verwerthen besitzt, als seine Zeit. Es wäre endlich an der Zeit, auch einmal in München in den verschiedenen Stadttheilen eine Reihe von Meldestellen einzurichten: Eine grosse, centralisirte Casse kann sich so etwas bequem leisten, ohne dass desshalb die Verwaltungskosten ihre jetzige geringe Höhe auch nur um einen Pfennig zu überschreiten brauchten.

Weiter muss ich Sie darauf aufmerksam machen, wie ungeschickt es ist, dass so und so viele verschiedene Vermögensverwaltungen neben einander geführt werden müssen. Wie viel einfacher und übersichtlicher würden sich bei einer centralisirten Casse die Buchführung, die Cassenführung, der Rechnungsabschluss gestalten! Wie einfach könnte die Erhebung der Beiträge erfolgen! Heute haben die einen Cassen Markensystem, die anderen Kartensystem, andere wieder Büchelsystem u. s. w.: Man kennt sich vor lauter Systemen gar nicht mehr aus, Scherereien und Confusion sind die natürliche Folge.

Bedenken Sie ferner, meine Herren, wenn eine einzige, grosse, centralisirte Casse ihren riesigen Bedarf an Formularen, Drucksachen etc. en gros anschafft, wenn sie für ein zu errichtendes Centraldepot die Desinfectionsstoffe, Verbandstoffe, Schienen, Weine, Cognac, Medicinflaschen u. s. w. en gros einkauft, wenn eine einzige grosse Casse mit den Lieferanten abschliesst, während heute jede einzelne, kleine Casse auf eigene Faust vorgeht, — welche colossalen Summen können erspart werden! Dass man so etwas nicht einsehen kann! Anstatt zu verschmelzen, zersplittert man in München munter und fröhlich weiter. Erst kürzlich hat man von der Casse VII für die Textil- und Bekleidungsindustrie, über deren ungünstige finanzielle Lage ich schon gesprochen, weitere 2000 zahlende Männer abgezweigt, um aus ihnen eine eigene Innungsasse zu bilden. Der Casse VII, die auf diese Weise 3000 Weiber mehr als männliche Wesen besitzt, ist dadurch furchtbar geschadet worden, den 2000 männlichen Individuen wird nur wenig genützt, zumal sie von jetzt ab die erhöhten Verwaltungskosten bezahlen müssen: Ein schwer begreiflicher Grad von Kurzsichtigkeit.

2. „Weiter vertheilt sich bei grossen Cassen die Krankheitsgefahr und die Gefahr deren Uebertragung — auf breitere Schichten der Bevölkerung; ein nicht unwesentliches Moment bei Epidemien oder bei Krankheitsarten, die in gewissen Berufs- oder Altersclassen zeitweise epidemisch auftreten."

So klar, dass ich kaum etwas hinzuzufügen brauche. Sollten wirklich einmal in Folge aussergewöhnlicher Ereignisse die Reservefonds aufgezehrt und eine Erhöhung der Mitgliederbeiträge nothwendig werden, so vertheilt sich das Plus auf eine so grosse Zahl von Versicherten, dass der Einzelne es überhaupt gar nicht empfindet.

3. Bezieht sich auf das Interesse der Stadtgemeinde Leipzig an der Centralisation:

„Die Stadtgemeinde hat doch lebhaftes Interesse an der Erhaltung leistungsfähiger Ortskrankencassen, welche alle Erwerbs- und Betriebsarten umfassen."

Die Stadtgemeinde Leipzig hat die Opfer, welche sie gebracht, um das Werk zu ermöglichen, wahrlich nicht zu bereuen gehabt.

Es ist ein schwerer Fehler gewesen, welchen die gesetzgebenden Factoren begingen, als sie eine so grosse Mannigfaltigkeit der Versicherungsformen zuliessen. Man hatte eben damals gar keine Erfahrung in diesen Dingen. Vergleichen Sie, meine Herren, die Einheitlichkeit und gleichmässige Gestaltung der öffentlichen Unfallversicherung mit der Vielfältigkeit der zulässigen Krankenversicherungsformen!

„Hierin (in letzterer) lag, wie es in dem Leipziger Berichte heisst — ein grosser Anreiz zur Zersplitterung der wirthschaftlichen Kräfte in einer Zeit, wo Alles nach Zusammenfassung derselben drängte."

„Indessen haben an dieser vom Gesetzgeber in wohlmeinendster Absicht getroffenen Vielgestaltigkeit die Zeit und die Praxis ihr Recht geäussert."

„Die Praxis, mächtiger als der Gesetzgeber, sucht, soviel ihr innerhalb der durch das Gesetz gezogenen Schranke möglich, dem Bedürfnisse entsprechend ihre eigenen Wege."

So ist man in Leipzig zu einer einheitlichen, alle Berufsarten umfassenden Cassenform gelangt.

Und als es sich seiner Zeit um den Zusammenschluss handelte, da fassten sämmtliche Cassenvertretungen den Beschluss auf Verschmelzung einstimmig,

„die ungünstiger dastehenden Cassen aus leicht erklärlichen Gründen, die besser situirten in richtiger Erwägung der gemeinnützigen Aufgaben jeder derartigen Organisation. Denn wenn es den besser situirten durchaus nicht unmöglich gewesen wäre, für sich allein weiter zu bestehen, selbst mit der Zeit für ihre Mitglieder besondere Vortheile aus der günstigen finanziellen Situation zu ziehen, so sagten sich doch die betreffenden Generalversammlungsvertreter, dass ihre Cassen und die ihnen angehörigen Berufskreise das gemeinsame Werk und Ziel mit und in der Vereinigung am sichersten fördern würden."

Vergleichen Sie einmal mit diesen herrlichen Worten, was kürzlich in einer hiesigen Tageszeitung zu lesen gewesen! Es wird die gute finanzielle Lage einiger Cassen im Gegensatze zur schlechten anderer besprochen, da heisst es am Schlusse:

„Wer hätte da Lust, Associé der letzteren zu werden?"

M. H.! Sollte der Gemeinsinn wirklich in München so niedrig im Cours stehen? Ich mag es nicht glauben, — doch wenn es der Fall, so bringt vielleicht die Rücksicht auf den Vortheil zu Stande, was der Gemeinsinn nicht vermag. Betrachten Sie einmal, m. H., was eine centralisirte Casse zu leisten im Stande ist:

Die Leipziger centralisirte Casse mit nur 83000 Mitgliedern hat im Gegensatz zu jenen 37 Münchner Cassen mit insgesammt 89000 Mitgliedern anno 1892 gezahlt:

M. 231143 an Krankengeldern mehr als die letzteren,
M. 10638 an Wöchnerinnengeldern mehr als die letzeren,
M. 44420 an Sterbegeldern mehr als die letzteren,

sie zahlt ihren Mitgliedern nicht bloss bei eigener Erkrankung, sondern auch bei Erkrankung von Familienangehörigen das gesetzliche Krankengeld, sie zahlt es, obwohl sie gesetzlich nur zu 13 Wochen verpflichtet ist, aus freien Stücken 26 Wochen (in München zahlen nur die Ortscassen III und V das Krankengeld 26 Wochen, auch nur unter gewissen Bedingungen), sie sendet alljährlich eine grosse Zahl von Patienten in eigene Heimstätten für Genesende, in eigene Reconvalescentenheime (in München besitzt nur Casse III ein eigenes Reconvalescentenheim), sie unterhält in der Stadt Leipzig und Umgegend 44 Meldestellen und 5 Filialzahlstellen, um den Arbeitern überflüssige Wege zu ersparen, — gleichwohl hat sie im Jahre 1892 einen Ueberschuss von M. 141038 erzielt, ihr Vermögen hat am 1. Januar 1893 bereits M. 977000, am 1. Januar 1894 M. 1188473 betragen!

Die Männer von Leipzig dürfen mit Stolz von sich behaupten:

„Wenn wir einen Rückblick werfen auf das Ringen und Werden unserer Leipziger Ortscasse und an unserem Auge vorüberziehen lassen, was in dieser Zeit für den kranken Arbeiter erreicht worden ist, so können wir mit Befriedigung bei uns einen vollen Erfolg dieses Theiles der socialpolitischen Gesetzgebung konstatiren!"

Ehre diesen Leuten!

Bitte, m. H., lächeln Sie nicht, — dazu ist die Sache zu ernst — wenn ich Ihnen im Gegensatze hierzu vorlese, was der Decernent für die Cassenangelegenheiten im Magistrate, Herr Rechtsrath Heindl, seinem amtlichen Rechenschaftsberichte über das Münchener Cassenwesen des Jahres 1892 anfügt:

„An die gewählten Vertreter der Cassenmitglieder aber ergeht die dringende Mahnung, die Cassenverwaltungen doch nicht fortwährend zur Erhöhung der Cassenleistungen zu drängen."

An den Herrn Rechtsrath Heindl und an den gesammten verehrlichen Magistrat hiesiger Stadt ergehe in tiefer Ehrfurcht die höfliche Bitte, im Verein mit uns und anderen denkenden Menschen freundlichst an der Herstellung eines Zustandes zu arbeiten, welcher den Cassen gestattet, erhöhten Anforderungen entsprechen zu können.

Möge man zuerst einen Cartellverband gründen! Wir wollen uns bemühen, die Gründung eines solchen zu befördern. Freilich, das Ideal erblicke ich in ihm nicht, ich betrachte ihn vielmehr nur als ein Uebergangsstadium: Der Cartellverband wird sich im Laufe der Zeit ganz von selbst zur engsten, festesten Centralisation auswachsen.

Sie wissen vielleicht nicht, m. H., dass die Centralisation des Cassenwesens in München bisher hauptsächlich, wenn auch nicht ausschliesslich, von socialdemokratischer Seite befürwortet worden ist. Ich bin der Ansicht, es werde noch unendlich viel für die arbeitende Bevölkerung geschehen müssen, doch stehe ich auf dem Boden der heutigen Gesellschaftsordnung. Das soll mich aber nicht abhalten, die Forderung einer Centralisation des Cassenwesens zu meiner eigenen zu machen: Denn die grosse, centralisirte Münchner Ortscasse, welche es den Arbeitern überhaupt erst ermöglicht, die vollen Segnungen des Krankenversicherungsgesetzes zu geniessen, welche gegen jede Eventualität gerüstet dasteht, welche aber auch den Aerzten geben kann, was den Aerzten gebührt, ist nicht die Casse einer bestimmten politischen Partei, — sie ist die Casse des gesunden Menschenverstandes, und darum muss und wird sie unter allen Umständen kommen. Jetzt dürften Sie mich verstehen, meine Herren Cassenärzte, wenn ich behaupte, dass Sie auch unter der freien Aerztewahl ganz gut werden bestehen können, vielleicht nicht unter der freien Aerztewahl sans phrase, wohl aber unter der freien Aerztewahl, wie ich sie meine, wie ich sie eingeführt wissen möchte und wie sie auch am gedeihlichsten zu bestehen verspricht. Wenn eine grosse, centralisirte Casse in der Lage ist, den Aerzten anstatt des bisherigen kärglich-erbärmlichen Honorares ein solches in doppelter Höhe zur

Verfügung zu stellen, dann dürften nicht bloss Sie nichts verlieren, sondern neben und mit Ihnen wird auch die grosse Zahl wackerer Collegen, welche heute unter den traurigsten Verhältnissen abseits stehen müssen, ebenfalls ihr Fortkommen finden, wir werden eine neue Blüthe und ein neues Gedeihen des Münchner ärztlichen Standes erleben. Darum bitte ich Sie herzlich, meine Herren Cassenärzte, haben Sie Vertrauen zu meinen Bestrebungen, ich werde keinem Modus meine Zustimmung geben, welcher in mir nicht die Ueberzeugung erweckt, dass auch Ihre Interessen dabei in jeder Beziehung gewahrt sind.

Gestatten Sie mir freundlichst noch einige wenige Worte über die von Ihnen zu wählende Commission!

Es ist eine hohe und bedeutungsvolle Aufgabe, welche ich der Commission zuerkannt wissen möchte. Die Commission sei nicht dazu bestimmt, die freie Arztwahl binnen der und der Zeit und um jeden Preis einzuführen, sie sei vielmehr gehalten, deren Einführung so zu versuchen, dass sie auch am besten bestehen könne. Sie möge zunächst zu erreichen sich bemühen, dass man die freie Arztwahl bei den besser situirten Cassen oder bei dem in Aussicht stehenden Cartellverbande auf die Dauer eines halben oder eines ganzen Jahres versuchs- und bedingungsweise einführe. Während dieser Periode werden wir den Cassen alle die Compensationen gewähren, von denen ich gesprochen, wir werden noch weitere Compensationen ausfindig machen. Ich verschliesse mich in keiner Weise den bevorstehenden Schwierigkeiten, den sachlichen wie persönlichen, ich gebe mich in dieser Beziehung gar keinen Illusionen hin, aber ich zweifle ebenso wenig, dass bei allseitigem gutem Willen das Werk in schönster Weise gelingen werde. Die Commission möge nach ihrer Constituirung die Herren Vertreter der Stadt, die Herren Cassenvorstände und andere Persönlichkeiten, welche etwas vom Cassenwesen verstehen, zu zwangsloser Aussprache einladen; da werden die Ansichten sich klären. Dass die Herren Vertreter der Stadt unserer freundlichen Einladung in liebenswürdiger Weise Folge leisten, wage ich nicht zu bezweifeln. Wie heisst es doch im Rechenschaftsberichte der Leipziger Ortscasse: „Die Stadtgemeinde hat ein lebhaftes Interesse an der Herstellung und Erhaltung leistungsfähiger Ortscassen.“ Was sollte übrigens die Herren Vorstände veranlassen, gegen uns zu sein? Die Rücksicht auf ihre Aemter? O nein, meine Herren! Haben die Vorstände bisher ihre Dienste in edler und uneigennütziger Weise den Cassen zur Verfügung gestellt, so werden sie es auch in Zukunft thun können, auch im Rahmen einer neuen Organisation wird sich für ihre schätzenswerthen Kräfte reichlich Verwendung finden lassen. Und wenn dieser oder jener Herr schon jetzt eine edle Befriedigung empfindet als Leiter eines kleinen Reconvalescentenheimes, welches einigen wenigen Versicherten zu Gute kommt, so dürfte sich diese edle Befriedigung zur vollsten Genugthuung steigern bei der Leitung von solchen, an welchen alle Versicherten participiren. Wir wollen die freie Aerztewahl nicht gegen die Herren Vorstände einführen, sondern im Einverständnisse mit ihnen: Wir haben gute, gerechte Gründe für unsere Sache, gute Gründe verfehlen niemals zu überzeugen. Wir werden es sicherlich nicht nöthig haben, über die Köpfe der Vorstände hinweg an die Versicherten selbst zu appelliren.

Betreffs der Grösse der Commission möchte ich Ihnen, obwohl ich weiss, dass die Schnelligkeit, mit welcher eine Commission arbeitet, im umgekehrten Verhältnisse steht zur Zahl ihrer Mitglieder, die etwas hohe Zahl von mindestens 11 Mitgliedern in Vorschlag bringen. Unsere Arbeit dürfte eine sehr grosse werden, wir werden dieselbe theilen, Subcommissionen einrichten müssen, auch wünsche ich, dass die gegnerische Richtung, falls eine solche vorhanden, in der Commission durch zwei Collegen zum Ausdruck gelange. Einige von den Mitgliedern mögen Cassenärzte sein, zu wünschen wäre es übrigens, dass auch die Universität in der Commission nicht unvertreten bliebe. Die Commission steht selbstverständlich unter der Leitung unseres verehrten Vorsitzenden, des Herrn Medicinalrath Dr. Aub. Wir fordern Sie alle zu regster Mitarbeit auf. Sollte es uns in absehbarer Zeit gelingen, unserer Sache zum Siege zu verhelfen, so wäre ein Verzeichniss der Herren Collegen herzustellen, welche unter den vereinbarten Bedingungen Cassenpraxis übernehmen wollen, und ich gebe schon heute der Hoffnung Ausdruck, dass ihre Zahl eine recht stattliche sein werde. Ist ein College mit der vereinbarten Taxe nicht einverstanden, so möge er das Recht haben, in der Liste seine eigene Taxe hinzuzufügen: Besitzt ein Versicherter zu dem betreffenden Arzte Vertrauen, so möge er zu ihm gehen und das Plus aus eigenen Mitteln bezahlen. Kein approbirter Arzt darf ausgeschlossen werden, welcher Richtung er auch angehören möge, wir wollen es uns zur Ehre gereichen lassen in jeder Beziehung tolerant zu sein.

Wir wollen ein schönes, ein dauerhaftes Werk schaffen, ein Werk, dessen wir uns überall rühmen können, welches allen Betheiligten, den Aerzten ohne Ausnahme, den Versicherten, überhaupt der ganzen Bevölkerung zum Segen gereicht. Es ist möglich ein solches zu schaffen, und um es zu erreichen, ist, ich wiederhole es, nichts weiter nöthig, als ein einheitlicher, fester, energischer Wille. Aber noch eines, meine Herren! Wir wollen die Erfahrungen, welche wir mit der Ein- und Durchführung der freien Arztwahl machen werden, auch zu Papier bringen, und das Material, welches auf diese Weise entsteht, nicht vornehm zurückhalten, wie es die Herren in Leipzig und Nürnberg gethan haben, sondern im Gegentheile den weitesten ärztlichen Kreisen zugänglich machen: So dürften wir uns Verdienst um die ärztliche Sache weit über München hinaus erwerben. In diesem Sinne rufe ich Ihnen zu: Nehmen Sie meinen Antrag auf Ernennung einer Commission zur Einführung der freien Arztwahl in München an, — einstimmig und in dem Sinne, wie ich ihn gestellt und erläutert habe, dann wird der heutige Tag in den Annalen des Münchner ärztlichen Bezirksvereines ein Ehrentag sein und bleiben — für alle Zeiten!

Uebersicht über die Geschäfte der öffentl. Untersuchungsanstalten für Nahrungs- u. Genussmittel in Bayern im Jahre 1893.

Untersuchungsgegenstände (Proben)		Zahl der Beanstandungen	Bezeichnung des Auftraggebers			Zahl der Gutachten ohne Untersuchung	Zahl der Rückstände	Zahl der persönlichen Vertretungen bei Gerichtsverhandlung	Zahl der commissionellen Besuche bei auswärtigen Gemeinden
Zahl			Gerichte und Staatsanwaltschaft	Sonstige Behörden einschl. der Gemeindebehörden	Private				
im Jahre 1893	im Vorjahre								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a) Erlangen.									
8014	4948	1164 = 14,5%	18	7813	183	25	—	10	518
b) München.									
8195	10465	2441 = 29,8	54	7912	229	88	—	8	410
c) Würzburg.									
1497	999	437 = 29,2	48	1207	242	2	—	9	67
d) Nürnberg.									
1402	1575	214 = 15,3	60	1143	199	12	8	62	—
e) Fürth.									
754	602	44 = 5,8	4	717	33	6	—	2	—
f) Speyer.									
1645	753	343 = 20,9	77	1224	344	19	30	3	107
21507	19342	4643 = 21,6	261	20016	1230	152	38	94	1102

Gesammtergebniss: Die Zahl der Untersuchungen hat gegen das Vorjahr um 2165, die Zahl der commissionellen Besuche bei auswärtigen Gemeinden um 342 zugenommen, der Procentsatz der Beanstandungen um 1,7 abgenommen.

Untersuchungsgegenstände (Proben)		Zahl der Beanstandungen
Zahl	Bezeichnung	
	A. Nahrungs- u. Genussmittel und Gebrauchsgegenstände.	
947	Bier	71
64	Branntwein u. Likör	1
262	Brod	68
28	Cacao, Chocolade	1
63	Conserven	27
714	Essig	143
251	Fabrikate aus Mehl und Zucker	9
817	Farben	119
1382	Fette (Butt., Schmalz ꝛc.)	223
108	Fruchtsäfte u. Limon.	59
430	Gebrauchsgegenständ.	55
4370	Gewürze	283
15	Hefe	—
29	Honig	11
42	Käse	12
897	Kaffee, Kaffeesurrogate	476
2097	Kochgeschirre	788
370	Mehl	23
937	Metallgeräthe	598
2108	Milch und Rahm	218
23	Mineralwasser	—
6	Obstwein	2
27	Petroleum	3
27	Speiseöl	3
44	Thee	—
2061	Wasser	918
1000	Wein, Most	233
1537	Wurst- und Fleischwaaren	190
28	Zucker und Syrup	1
145	Sonstige Gegenstände	73
20829	Summe A	4608
	B. Technische Analysen.	
39	Laktodensimeter	1
362	Leuchtgas	—
277	Sonstige Gegenstände	34
678	Summe B	35
	Zusammenstellung.	
20829	Summe A	4608
678	Summe B	35
21507	Gesammtsumme	4643

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.